

Medicina de Familia Andalucía

- Editorial**
66 La contratación de Médicos sin nuestra especialidad: no todo vale
- El Espacio del usuario**
69 La canción del verano
- Originales**
71 Comorbilidades en pacientes que con VIH consultan a un centro de atención primaria de salud en Colombia
82 Factores de riesgo asociados a las caídas en personas mayores institucionalizadas
- Repasando en AP**
90 Seguimiento del paciente oncológico en tratamiento con quimio y/o radioterapia por parte del Médico de Familia
101 Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (2ª parte)
- Artículo de Revisión**
106 Revisión del abordaje integral del paciente con TDAH: enfoque familiar y comunitario para el médico de familia
- A debate**
117 Reunificación de sociedades científicas de médicos de atención primaria
- Sin bibliografía**
121 Uganda, how are you? Reflexiones de un médico de familia en África
- Artículo especial**
125 Del pasado al presente ...
- Carta al director**
128 Entre el estetoscopio y el silencio: el papel emocional de la médica de familia
- ¿Cuál es su diagnóstico?**
130 Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés
132 Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria
- Publicaciones de Interés**
135
136 Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP
- Actividades Científicas**
137
- Comentarios a cuál es su diagnóstico**
139 Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés
143 Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria
- Información para los autores y otros**
148



Medicina de Familia Andalucía

Tu investigación merece ser leída

¡ATRÉVETE A PUBLICAR!

25

SAMFyC

2000-2025

¡CONECTADOS!

25 aniversario de la
revista 2000-2025



SAMFyC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

C/Arriola 4, bajo D – 18001 – Granada (España)
<http://www.samfyc.es>

JUNTA DIRECTIVA

Presidente

Jesús E. Pardo Álvarez

Vicepresidente

Francisco José Rodríguez Arnay

Vicepresidente

M^a Filomena Alonso Morales

Vicepresidente

Marta Álvarez de Cienfuegos Hernández

Secretario

Antonio Manuel Carmona González

Vicepresidente Económico

Ignacio Merino de Haro

Vocales de Residentes

Carmen María Escudero Sánchez y Pablo Prieto Díaz

Sección de Docencia

Rocío Medero Canela

Sección de Formación Continua

Pedro Mesa Rodríguez

Sección de Investigación

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Sección de Comunicación e Imagen

Antonio Muñoz Gámez

Vocal provincial de Almería

María Araceli Soler Pérez

Vocal provincial de Cádiz

José Joaquín Cordero de Oses

Vocal provincial de Córdoba

Ana Fons Díaz

Vocal provincial de Granada

Irene Fernández Peralta

Vocal provincial de Huelva

Eduardo Pérez Razquin

Vocal provincial de Jaén

M^a de la Villa Juárez Jiménez

Vocal provincial de Málaga

Rubén L. Vázquez Alarcón

Vocal provincial de Sevilla

Mercedes Casado Martín

MEDICINA DE FAMILIA. ANDALUCÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Es una revista periódica que publica trabajos relacionados con la atención primaria, siendo la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Disponible en formato digital en la web de SAMFyC (acceso libre):
<https://www.samfyc.es/revista>

DIRECTOR

Alejandro Pérez Milena

SUBDIRECTOR

Francisco José Guerrero García

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director de la Revista

Subdirector de la Revista

Presidente de la SAMFyC

Juan Manuel García Torrecillas

M^a Inmaculada Mesa Gallardo

Idoia Jiménez Pulido

Rocío E. Moreno Moreno

CONSEJO EDITORIAL

Luis Ávila Lachica. Málaga

Vidal Barchilón Cohén. Cádiz

Pilar Barroso García. Almería

M^a. Teresa Carrión de la Fuente. Málaga

José M^a de la Higuera González. Sevilla

Francisco Javier Gallo Vallejo. Granada

Juan Manuel García Torrecillas. Almería

José Antonio Jiménez Molina. Granada

Francisca Leiva Fernández. Málaga

José Gerardo López Castillo. Granada

Manuel Lubián López. Cádiz

Antonio M. Manteca González. Málaga

M^a Inmaculada Mesa Gallardo. Sevilla

Rafael Montoro Ruiz. Granada

Ana Moran Rodríguez. Cádiz

Andrés Moreno Corredor. Málaga

Herminia M^a. Moreno Martos. Almería

Francisca Muñoz Cobos. Málaga

Juan Ortiz Espinosa. Granada

Beatriz Pascual de la Pisa. Sevilla

Luis Ángel Pérula de Torres. Córdoba

Miguel Ángel Prados Quel. Granada

J. Daniel Prados Torres. Málaga

Francisco Sánchez Legrán. Sevilla

Miguel Ángel Santos Guerra. Málaga

Reyes Sanz Amores. Sevilla

Jesús Torio Duránte. Jaén

Juan Tormo Molina. Granada

Cristóbal Trillo Fernández. Málaga

*Incluida en el Índice Médico Español
Incluida en Latindex*

Título clave: Med fam Andal.
Clave DOI (DOI PREFIX): 18.82033
ISSN-e: 2173-5573
ISSN: 1576-4524 (hasta dic. 2023)
Depósito Legal: Gr-368-2000 (hasta dic. 2023)
Desde 2024 esta revista sólo dispone de formato digital

Copyright:

Revista Medicina de Familia. Andalucía
Fundación SAMFyC
C.I.F.: G – 18449413

Reservados todos los derechos.
Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier otro sistema, de los artículos aparecidos en este número sin la autorización expresa por escrito del titular del copyright.

Para Correspondencia:

Dirigirse a Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, 4 Bajo D – 18001 Granada (España)
e-mail: revista@samfyc.es
Telf. + 34 958 80 42 01

Secretaría:

Encarnación Figueredo Sánchez

Maqueta:

Sara Pérez Fajardo



sumario

- Editorial**
66 La contratación de Médicos sin nuestra especialidad: no todo vale
- El Espacio del usuario**
69 La canción del verano
- Originales**
71 Comorbilidades en pacientes que con VIH consultan a un centro de atención primaria de salud en Colombia
82 Factores de riesgo asociados a las caídas en personas mayores institucionalizadas
- Repasando en AP**
90 Seguimiento del paciente oncológico en tratamiento con quimio y/o radioterapia por parte del Médico de Familia
101 Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (2ª parte)
- Artículo de Revisión**
106 Revisión del abordaje integral del paciente con TDAH: enfoque familiar y comunitario para el médico de familia
- A debate**
117 Reunificación de sociedades científicas de médicos de atención primaria
- Sin bibliografía**
121 Uganda, how are you? Reflexiones de un médico de familia en África
- Artículo especial**
125 Del pasado al presente ...
- Carta al director**
128 Entre el estetoscopio y el silencio: el papel emocional de la médica de familia
- ¿Cuál es su diagnóstico?**
130 Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés
132 Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria
- Publicaciones de Interés**
135
- Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP**
136
- Actividades Científicas**
137
- Comentarios a cuál es su diagnóstico**
139 Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés
143 Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria
- Información para los autores y otros**
148



contents

- Editorial**
- 66 Hiring doctors without our specialty: not everything goes
- The Consumer´s Corner**
- 69 The summer´s song
- Originales Articles**
- 71 Comorbidities in patients with HIV consulting a primary health care in Colombia
- 82 Risk factors associated with falls in institutionalised elderly people
- Reviewing in Primary Care**
- 90 Follow-up of cancer patients undergoing chemo- and/or radiotherapy treatment by the family doctor
- 101 A session on family doctor values, burnout and how to prevent it (Part 2)
- Review article**
- 106 Review of the comprehensive approach to patients with ADHD: a family and community focus for family doctors
- Up for debate**
- 117 Reunification of scientific societies of primary care physicians s
- No bibliography**
- 121 Uganda, how are you? Reflections of a family doctor in Africa
- Special article**
- 125 From the past to the present...
- Letter to the editor**
- 128 Between the stethoscope and silence: the emotional role of the family doctor
- Which is your diagnosis?**
- 130 Dizziness in an 80 year old patient with no history of interest
- 132 Persistent pain with incidental ultrasound findings: an unexpected diagnosis in primary care
- 135 **Publications of interest**
- 136 **Knowledge pills @pontaldiaAP**
- 137 **Scientific Activities**
- Comments on which is your diagnosis**
- 139 Dizziness in an 80 year old patient with no history of interest
- 143 Persistent pain with incidental ultrasound findings: an unexpected diagnosis in primary care
- 148 **Information for authors and others**

La contratación de Médicos sin nuestra especialidad: no todo vale

Hiring doctors without our specialty: not everything goes

Pardo Álvarez Jesús E.

Presidente SAMFyC

Med fam Andal. 2025;2:66-68

En los últimos meses, asistimos con creciente preocupación a una deriva que amenaza gravemente los cimientos de la Atención Primaria en Andalucía: la contratación sistemática de médicos sin especialidad (R0) y de médicos extracomunitarios que no cuentan con el título homologado de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Esta situación no es nueva, pero se está convirtiendo en una práctica habitual, impulsada por una lógica de emergencia que ignora el impacto a medio y largo plazo de tales decisiones sobre la calidad asistencial, la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad del sistema.

La contratación de profesionales sin la formación acreditada en MFyC vulnera lo establecido en el Real Decreto 931/1995 y en la Directiva Europea 86/457, que exigen la especialización para ejercer como médico de familia. No se trata de un formalismo administrativo, sino de la garantía fundamental de rigor científico, calidad asistencial y seguridad clínica que merecen nuestros pacientes.

Desde la Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC), queremos manifestar con firmeza nuestra oposición a esta política de contratación y subrayar la necesidad urgente

de defender el valor irrenunciable de la especialización en MFyC. La Atención Primaria no puede seguir siendo tratada como un espacio “de paso”, donde cualquiera puede ejercer sin formación específica, mientras se exige excelencia, capacidad resolutoria y liderazgo clínico.

La Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad médica con formación reglada y reconocida en todo el Espacio Europeo de Educación Superior. No se trata simplemente de “saber un poco de todo”, como aún se escucha con desdén en algunos discursos, sino de contar con una visión integral del paciente, una capacidad diagnóstica y terapéutica basada en la continuidad, la gestión clínica eficiente de múltiples problemas de salud y una profunda capacidad de comunicación y toma de decisiones compartidas. El médico de familia se forma para entender a la persona más allá de su enfermedad, con competencias específicas en prevención, atención comunitaria, cuidados paliativos, salud mental, gestión de la cronicidad, violencia de género y tantas otras áreas que solo se abordan adecuadamente con la formación especializada.

Permitir que médicos sin esta formación ocupen plazas en Atención Primaria es, en esencia, aceptar una degradación del nivel

asistencial que se ofrece a la ciudadanía. Y esto es especialmente grave en un momento en el que los pacientes —cada vez más envejecidos, pluripatológicos y vulnerables— requieren justamente lo contrario: profesionales altamente cualificados y con experiencia en el manejo integral de la complejidad.

La incorporación de médicos sin formación especializada —los llamados R0— no solo pone en riesgo la calidad de la atención, sino que normaliza una cultura del “vale cualquiera” que deteriora la dignidad de la propia profesión médica. Estos profesionales, a menudo recién egresados, se ven obligados a asumir responsabilidades para las que no han sido formados, sin supervisión adecuada, en entornos de alta presión asistencial. Es injusto para ellos, es peligroso para los pacientes y es inadmisibles desde el punto de vista ético y legal.

Además, esta política supone un agravio comparativo inaceptable hacia los miles de médicos que han dedicado años a su formación especializada en MFyC y que, a menudo, se ven obligados a emigrar o aceptar contratos precarios mientras otros ocupan sus plazas sin los requisitos exigidos por ley.

La situación en los últimos años se empeora con la contratación continuada de médicos extracomunitarios sin título de especialista en medicina de familia. SAMFyC reconoce y valora el talento y la vocación de muchos médicos extracomunitarios que desean ejercer en nuestro país. Pero la homologación del título de especialista no es un trámite burocrático sin importancia: es una garantía de que ese profesional ha sido evaluado conforme a los estándares del sistema español y europeo. Contratar médicos sin esta homologación no solo es irregular, sino que socava la seguridad jurídica y asistencial del sistema.

La reciente relajación de requisitos para su

contratación, bajo la excusa de la necesidad urgente de cubrir vacantes, está abriendo una peligrosa puerta a la informalidad, que puede tener consecuencias graves en términos de responsabilidad médica, seguridad del paciente y equidad en el acceso a la profesión médica.

Entendemos que la administración sanitaria se enfrenta a retos complejos: jubilaciones masivas, falta de relevo generacional, desmotivación profesional, déficit de plazas MIR... Pero la solución no puede ser nunca bajar el listón de la calidad y la seguridad, sino todo lo contrario: fortalecer la formación, hacer atractiva la Atención Primaria, mejorar las condiciones laborales y reconocer el liderazgo del médico de familia dentro del sistema sanitario.

La contratación de profesionales no especializados es una solución miope y peligrosa, que puede provocar un efecto llamada que acentúe la precariedad y la devaluación de la especialidad. En lugar de reforzar el prestigio y la utilidad de la MFyC, se genera el mensaje contrario: que cualquiera puede hacer su trabajo, que no hace falta especializarse, que la Atención Primaria es el último recurso.

Desde SAMFyC reclamamos a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y al Servicio Andaluz de Salud (SAS) una rectificación urgente de esta estrategia y la adopción de medidas estructurales que garanticen una Atención Primaria digna, potente y centrada en profesionales especializados.

Proponemos:

- Contratación exclusiva de médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria para plazas de Atención Primaria.
- Aceleración y garantía de procesos de homologación justos y rigurosos para médicos extracomunitarios.

- Mejora sustancial de las condiciones laborales y retributivas para hacer atractiva la especialidad.
- Inversión decidida en infraestructuras, herramientas diagnósticas y tiempo clínico en las consultas.
- Campañas institucionales de revalorización del rol del médico de familia en el sistema sanitario.

No podemos seguir aceptando que se tomen decisiones que minan la calidad asistencial en nombre de la urgencia. La Atención Primaria es la base del sistema sanitario, y el médico de familia, su pilar fundamental. No todo vale. La especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria no es un adorno curricular: es la garantía de una atención de calidad, equitativa y segura para toda la población.

Desde SAMFyC seguiremos defendiendo con firmeza el ejercicio de nuestra especialidad y la dignidad de nuestros profesionales,

como elemento clave para el presente y el futuro de la sanidad pública andaluza.

Real Decreto 931/1995, de 9 de junio, por el que se dictan normas en relación con la formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria de los Licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995 y se adoptan determinadas medidas complementarias. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/06/09/931/dof/spa/pdf>

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-3176-consolidado.pdf>

Directiva 86/457/CEE del Consejo de 15 de septiembre de 1986 relativa a una formación específica en medicina general. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1986/457/oj>

ESPACIO DEL USUARIO

La canción del verano

The summer's song

Yesa Herrera J

Secretario Gral. de FACUA Cádiz. Directivo de FACUA Andalucía

Med fam Andal. 2025;2: 69-70

Los problemas de salud no se van de vacaciones. Las necesidades de atención por parte de los usuarios durante los meses estivales no disminuyen. Son estas dos realidades irrefutables, por más que los rectores del sistema sanitario público andaluz se empeñen cada verano en intentar hacernos creer lo contrario para, de esta manera, convencernos de que lo que no son capaces de hacer el resto del año (atender debidamente nuestras necesidades) van a poder llevarlo a cabo durante el verano, además, con menos medios.

El sistema sanitario público en general y, particularmente, la atención primaria, hacen aguas por la falta de recursos de todo tipo (económicos, humanos, de infraestructura), situación más que evidente durante todo el año pero que, al llegar el verano, se agudiza y se hace más evidente, por la falta de personal que ocasiona el disfrute de los periodos vacaciones por parte de los profesionales sanitarios.

No se trata de un problema exclusivo del sistema sanitario público, dado que, por esta misma causa, tanto el resto de servicios públicos como una parte importante de la actividad privada se ve afectada por la llegada de las vacaciones. Todos somos conscien-

tes de ello e, incluso, nos resignamos a esta situación a la que, por otra parte, también contribuimos en nuestra condición de trabajadores en activo que ejercemos el derecho a nuestro descanso, que nunca debemos olvidar podemos disfrutar después de décadas de luchas y reivindicación.

Sin embargo, resulta una absoluta falta de respeto a nuestra inteligencia (la de todos, tanto de los usuarios como de los profesionales) los planes de veranos con los que la Consejería de Salud nos obsequia cada año, con los que pretenden hacernos creer que la asistencia va a estar garantizada durante los meses de vacaciones.

¿Si durante todo el año la atención hace aguas cómo pretenden vendernos la moto de que “reorganizando”, “protocolizando”, “optimizando”, no vamos a notar la falta de un personal que, al ciento por ciento, es claramente insuficiente? La solución que cada año se adopta es muy simple: reducción drástica de la actividad asistencial, incluyendo el cierre de la mayor parte de los centros de salud por las tardes y de muchos de ellos, también, por la mañana, incluso en aquellos municipios en los que la población se multiplica por la llegada de turistas.

Desafortunadamente, los responsables de la Consejería (ni los actuales ni los anteriores) nunca van a reconocer que, como les pasa a los malos estudiantes, lo que no se trabaja desde septiembre hasta junio por mucho que se pretenda no se puede solventar en julio y agosto, sobre todo, si no existen los medios y la voluntad necesarios para ello.

Me pregunto si no sería mucho más responsable reconocer los medios de los que se va a disponer y, desde esta base, con la participación real de todos los profesionales, organizar la forma de afrontar los meses de verano de la mejor manera posible, dando preferencia a las necesidades más acuciantes y a los centros de mayor frecuentación, y, sobre todo, informando con claridad a los usuarios de los recursos asistenciales que van a tener a su alcance para que, en la medida de sus posibilidades, se adapten a las circunstancias. En lugar de ello, escuchamos cada verano la misma la canción: no se preocupen ustedes que este verano van a estar atendidos.

Tras escuchar la canción, acudimos a nuestro Centro de Salud y nos lo encontramos cerrado o saturado de usuarios que esperan ser atendidos, o, simplemente, esperamos semanas para la atención en consulta o para que nos practiquen la prueba que nos hayan prescrito. Ante esta situación, con toda la razón nos enfadamos y, en algunos casos, afortunadamente no demasiados, sin justificación alguna, pagamos el cabreo con el personal que nos atiende.

Por ello, tanto los profesionales como aquellos que nos encontramos implicados en la defensa de los derechos de los usuarios no debemos en forma alguna ser cómplice de esta gran mentira que la Consejería repite cada año y, por el contrario, esforzarnos en conseguir que se sepa la verdad. A la vez, tenemos que continuar reivindicando que se dote de los recursos necesarios tanto a la atención primaria como al resto de niveles asistenciales.

Comorbilidades en pacientes que con VIH consultan a un centro de atención primaria de salud en Colombia

Comorbidities in patients with HIV consulting a primary health care in Colombia

Alvarez-Nasrallah JD¹, Ríos-Piedrahita AF²

¹Médico de Medicina 1Médico y Cirujano. Máster en VIH y Salud Pública. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Médico experto en VIH, Médico de programa en VIH. Bogotá, Colombia

²Médico y Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Médico Especialista Clínica Ospedale Manizales – Hospital San Marcos, Chinchiná. Profesor Especialización Sexología Clínica, Universidad de Caldas. Manizales, Colombia

Recibido el 23-09-2024; aceptado para publicación el 02-04-2025.

Med fam Andal. 2025;2:71-81

DOI: <https://doi.org/10.82033/MEDFAMANDAL.2025.2024339>

Correspondencia: Jose David Alvarez-Nasrallah, mail: jdalvarezn@hotmail.com

Título: comorbilidades en pacientes que con VIH consultan a un centro de atención primaria de salud en Colombia.

Objetivo: describir características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades e indicadores clásicos de carga de enfermedad en la muestra del estudio.

Diseño: estudio descriptivo transversal no retrospectivo.

Emplazamiento: centro de atención primaria en salud de referencia en Colombia.

Población y muestra: muestreo no probabilístico a conveniencia, en pacientes con diagnóstico de VIH (CIE 10- B24X) entre 1-90 años de edad, atendidos en el centro de referencia.

Métodos: estimación de medidas de tendencia central, frecuencia y dispersión por variables de interés. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP); años vividos con discapacidad (AVD); años de vida salu-

dable perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

Resultados: la población promedio corresponde a pacientes entre los 20-50 años, sexo masculino, usuarios de TAR, con conteo de linfocitario LT CD4+ de 539 ± 289 cel./uL y estadio clínico 2 y 3. 3,5 años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por cada 100.000 habitantes por condición de VIH-SIDA en Colombia; 2,3 años vividos con discapacidad (AVD); y 3,1 años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

Conclusiones: las comorbilidades tienen un patrón común en poblaciones afectadas por VIH. Se calculó una incidencia de 3,1/millón en Colombia, tasa de mortalidad cruda 2,4/ 100.000 personas con VIH. La infección produce unos AVDs de 2,3 años y 3 años de vida saludable perdidos tras el diagnóstico.

Palabras clave (DeCS): atención primaria de salud, carga global de enfermedades, comorbilidad, VIH.

SUMMARY

Title: Comorbidities in patients with HIV consulting a primary health care in Colombia.

Objective: To describe sociodemographic, clinical characteristics, comorbidities and classic indicators of disease burden in the study sample.

Design: Non-retrospective cross-sectional descriptive study.

Location: primary health care reference center in Colombia.

Population and sample: non-probabilistic convenience sampling, in patients diagnosed with HIV (ICD 10-B24X) between 1-90 years of age, treated at the reference center.

Methods: estimation of measures of central tendency, frequency and dispersion by variables of interest. Years of life

potentially lost (YPLL); years lived with disability (YLD); years of healthy life lost adjusted for disability (DALY).

Results: The average population corresponds to patients between 20-50 years of age, male sex, ART users, with CD4+ LT lymphocyte count of 539 ± 289 cells/unit and clinical stage 2 and 3. 3,5 years of potentially lost life (YLL) per 100,000 inhabitants due to HIV-AIDS status in Colombia; 2,3 years lived with disability (YLD); and 3,1 years of healthy life lost adjusted for disability (YLD).

Conclusions: Comorbidities have a common pattern in populations affected by HIV. An incidence of 3,1/million was calculated in Colombia, crude mortality rate 2,4/100,000 people with HIV. The infection produces YLDs of 2,3 years and 3 years of healthy life lost after diagnosis.

Keywords (MeSH): primary health care, global burden of disease, comorbidity, HIV.

INTRODUCCIÓN

ONUSIDA estima que existen en el mundo un promedio de 37,7 millones de personas infectadas con VIH. Se espera que, con una mayor expectativa de vida, las comorbilidades en pacientes con VIH también aumenten (1). En América Latina, la prevalencia de la infección por VIH permanece quiescente, mientras la tendencia muestra una disminución de las muertes por complicaciones de la infección y el SIDA (2). En Colombia, la incidencia acumulada de infección por VIH, se estima en 25,36% por cada 100.000 habitantes (2-5).

En la actualidad la cronicidad de la infección por VIH, puede explicarse por múltiples mecanismos de escape a la regulación y control que ejerce el sistema inmunológico (6-8). Se han mencionado varios mecanismos biológicos y virales que predisponen a presentar cambios en los tejidos infectados y no infectados como una mayor predisposición a la inmunosenescencia y por otros factores como: la toxicidad mitocondrial, las anormalidades metabólicas, un mayor acortamiento de telómeros, la inflamación crónica y la disfunción de las células madre (*stem cells*) (4,9).

La llegada de la terapia antiretroviral (TAR) y su implementación temprana han demostrado disminuir la presentación de morbilidad severa por VIH hasta en un 44%. Conscientes de esto existe una predisposición a riesgo residual de presentar comorbilidades asociadas al envejecimiento como son la enfermedad cardiovascular, la osteopenia, la osteoporosis, el cáncer, la disfunción hepática, renal y el daño neurocognitivo, entre otros. Por otro lado, se le ha dado fuerza a la relación atribuible a factores conductuales en pacientes con VIH, como el mayor consumo de tabaco y trastornos de la conducta alimenticia (obesidad o desnutrición). Los factores de riesgo conductuales, medioambientales y personales generan en esta población la aparición de eventos cardiocerebrovasculares y circulatorios trombóticos. Así como, un mayor riesgo a la fragilidad y otros síndromes geriátricos en la población infectada, como la polifarmacia (4, 10-16). Existe un mayor riesgo de coinfecciones asociadas al VIH como eventos oportunistas o no oportunistas. Dentro de las coinfecciones más frecuentes se tienen la tuberculosis, infecciones por hongos, por parásitos y por virus hepatotropos (HB, HC, HA), de manera frecuente (17-19). Todas estas condiciones en pacien-

tes con VIH implican un nivel diferenciado en la calidad de vida y en los indicadores de carga de enfermedad como: la mortalidad, la prevalencia o incidencia de comorbilidades, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) y años vividos con discapacidad (AVD) (4, 8, 13, 20-21). El presente estudio pretende describir las características sociodemográficas, clínicas, comorbilidades y algunos indicadores de carga de enfermedad en la población que con VIH atendidos en un programa ambulatorio que consultaron a un centro de atención primaria en salud de referencia en Colombia.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño del estudio: estudio epidemiológico descriptivo transversal.

Población: los participantes fueron personas con diagnóstico confirmado de infección por VIH (CIE 10 - B24X) en programas que cumplieron con los criterios de elegibilidad planteados en el estudio, en una institución de atención primaria en salud de Bogotá, Colombia; que consultaron entre el 1ro de febrero de 2019 y el 31 de enero de 2020.

Variables: edad, sexo, etnia, nivel educativo, régimen de salud, geolocalización, tiempo desde realización de la prueba, tiempo desde el diagnóstico, tiempo en el programa de VIH y con TAR, mecanismo de transmisión, conteo de CD4+ y Carga Viral al momento del estudio, estadio clínico, comorbilidades. También se estiman los siguientes indicadores:

- Tasa de mortalidad cruda.
- Años de vida potencialmente perdidos (AVPP).
- Años vividos con discapacidad (AVD).
- Años de vida saludable perdidos ajustados por discapacidad (AVAD).

Tamaño muestral: para fines de este estudio se tomó el total de la población en mención, referenciado a la Cuenta de Alto Costo (CAC) colombiana, acorde a la resolución 273 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión: personas con diagnóstico confirmado de infección por VIH (CIE 10-B24X); entre 1 y 90 años de edad; en seguimiento por programas de la institución de referencia durante los 12 meses subsiguientes a la atención; con o sin tratamiento antirretroviral (TAR).

Criterios de exclusión: personas que no hayan dado su consentimiento para uso de datos personales al momento de la atención en la institución de referencia.

Información

Fuentes del dato: secundaria, siendo estos datos los originalmente registrados en la historia clínica en las atenciones médicas ambulatorias de los programas de atención.

Método estadístico, procesamiento y análisis de los datos: las variables se expresaron según las medidas de tendencia central, frecuencia y dispersión por las características observacionales del estudio. Análisis mecánico se realizó con el uso de la herramienta SPSS para estadística aplicada. Para el uso correcto de los datos se rectificó la normalidad de los datos.

Control de sesgos: se evitaron los sesgos de selección al excluir las personas fallecidas para fines de determinar la prevalencia de las comorbilidades o que hubieran tenido seguimiento por el programa de forma reciente. La información se extrae del registro clínico organizado en bases de datos. Este estudio no considera exposición en el tiempo, por lo tanto, se evita el error por sesgos de confusión.

Consideraciones éticas: investigación sin riesgo de acuerdo al literal a) del Art. 11 de la Resolución 8430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud Colombiano, por tratarse de un estudio documental retrospectivo a partir de registro de datos agrupados; ejecutado en concordancia con la normatividad y consideraciones éticas de la Asociación Médica Mundial y la Ley 23 de 1981.

RESULTADOS

En cumplimiento a las guías STROBE para estudios observacionales, la gráfica 1 ilustra la población y muestra participantes del estudio.

Se incluyeron 1.916 personas, En la *Tabla 1* se resumen los hallazgos del estudio en cuanto a las características sociodemográficas. La edad, en los pacientes con VIH tuvo una mayor representación para los grupos entre 20 a

60 años (87,68%), siendo mayor la representación de las personas entre los 20 a 50 años (70,35%), para un promedio general de edad de los participantes del estudio de unos 42.9 años, con un rango de 3 a 88 años del total de participantes. La mayor parte de los participantes fueron del sexo masculino (76,7%). El 95% del total de los pacientes residían en Bogotá y Meta.

Al valorar la población se puede decir que en general la muestra estudiada tiene unos LT CD4+ por encima de las 200 cel./ul y que el promedio del conteo de LT CD4+ de la misma se encontraba en 539 células/ml al momento del estudio. (Ver *Tabla 2*). La mayoría de los sujetos se encontraba en estadio clínico 3 (CDC,2014), con el 40,8% de ellos. (Ver *Tabla 3*).

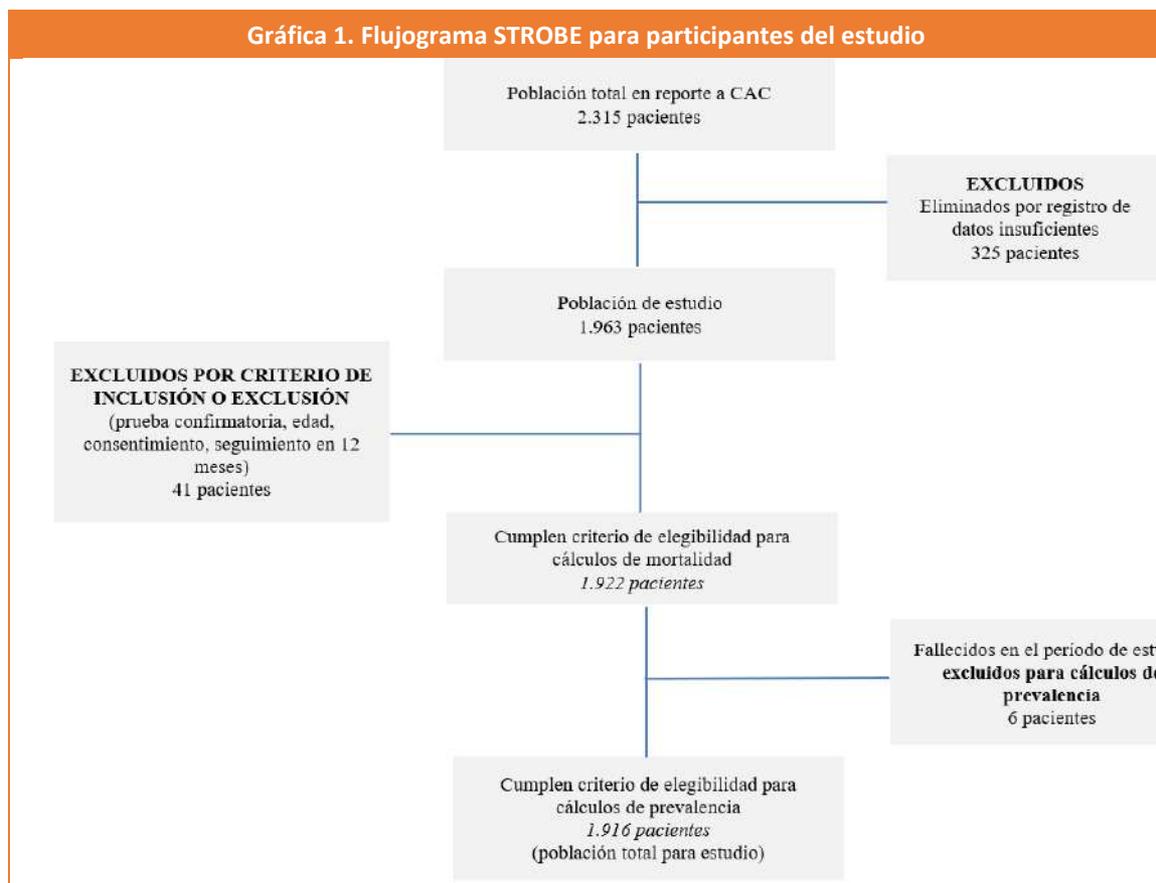


Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio	
Variable sociodemográfica	n (%)
Edad (años)	
1-5 años	2 (0,1%)
6-10 años	2 (0,1%)
11-20 años	57 (2,9%)
21-30 años	464 (24,2%)
31-40 años	507 (26,5%)
41-50 años	377 (19,7%)
51-60 años	332 (17,3%)
61-70 años	134 (6,9%)
71-80 años	32 (1,7%)
80 años o más	9 (0,5%)
Sexo	
Femenino	447 (23,3%)
Masculino	1469 (76,7%)
Etnia	
Blanco	973 (50,7%)
Mestizo	399 (20,8%)
No registra	544 (28,4%)
Nivel educativo	
Preescolar	26 (1,4%)
Básica Primaria	595 (31%)
Básica Secundaria	575 (30%)
Técnico	157 (8,2%)
Tecnológico	426 (22,2%)
Profesional	21 (1,1%)
Especialización	13 (0,7%)
No registra	103 (5,4%)
Población Clave	
Habitantes de calle	3 (0,2%)
Hombre Transgénero	13 (0,7%)
Hombre que tiene sexo con hombre (HSH)	1184 (61,7%)
Consumidor de sustancias psicoactivas por vía diferente a la inyectable	4 (0,20%)
Personas que se inyectan drogas	1 (0,05%)
Población privada de la libertad	1 (0,05%)
No pertenece a ninguna de estas poblaciones	710 (37,0%)
Régimen de Salud (Sistema de Salud en Colombia)	
Contributivo	919 (48%)
Subsidiado	997 (52%)
Tiempo de afiliación a la Administradora del Plan de Beneficios	
Menos de 1 año	5 (0,26%)
1-5 años	646 (33,7%)
6-10 años	734 (38,3%)
11-20 años	500 (26%)
21-30 años	27 (1,4%)
31 años o más	1 (0,1%)
No registra	3 (0,2%)

Tabla 2. Perfil inmunológico de los sujetos de estudio

Perfil inmunológico	Media [Rango]	Desv. Estándar
Valor de conteo de linfocitos LT CD4+ al momento del diagnóstico (cel./ul)	320,3 [1-1531]	248,7
Valor del último conteo de linfocitos LT CD4+ realizado en el periodo de observación (cel./ul)	539,8 [1-1860]	288,7
Resultado de Carga Viral al momento del diagnóstico	779676 [0-9999999]	6292433,7
Resultado de la última Carga Viral reportada en el período de observación	29371 [0-10000000]	294025,3

Tabla 3. Resumen y evolución de estadio clínico según clasificación CDC 2014 entre los sujetos de estudio

Estadio Clínico (Clasificación CDC 2014)	Al momento del diagnóstico n (%)	Último seguimiento clínico n (%)
Estadio 1	513 (26,8)	219 (11,4)
Estadio 2	607 (31,7)	641 (33,5)
Estadio 3	782 (40,8)	1055 (55,1)
Estadio desconocido	14 (0,7)	1 (0,1)

Tabla 4. Prevalencia de grupos diagnósticos de interés en salud pública

Tipo de diagnóstico de interés Salud Pública	n (%)
Enfermedades crónicas no transmisibles	428 (22,3)
Enfermedades Materno-Perinatales	3 (0,2)
Enfermedades Transmisibles <i>Incluyendo VIH confirmado</i>	1844 (96)
Enfermedades Transmisibles <i>Excluyendo VIH</i>	296 (5,5)

Dentro de las categorías de enfermedades más prevalentes en la población encontramos los desórdenes endocrinológicos (27,77%), otras enfermedades infectocontagiosas (no VIH) (15,45%), las circunstancias psicosociales y de violencia (15,44%), los desórdenes mentales y del comportamiento (14,56%), el exceso de calorías en la ingesta (12,79%). Pudimos observar que las edades entre los 1 a 10 años fueron las menos desfavorecidas por prevalencia de comorbilidades asociadas al VIH. La mayor concentración de comorbilidades por grupo etario se presentó en las edades entre los 21 a 70 años. Las alteraciones odontológicas tuvieron una distribución más o menos uniforme entre el rango de edad de 20 a 60 años.

Es de especial relevancia anotar el pico en desórdenes endocrinológicos que se presenta en los 51 a 60 años con tendencia a la eleva-

ción ya desde los 11 años. Los diagnósticos relacionados con baja densidad mineral ósea se presentaron mayormente en las edades mayores de 50 años, con mayor frecuencia entre los 61 a 70 años, comportamiento que coincide en la población con las enfermedades cardiovasculares y circulatorias. Los desórdenes mentales se presentaron con más frecuencia especialmente en edades jóvenes de 21 a 40 años. Estos aspectos se muestran en la *Tabla 5* de forma resumida.

Para el período de estudio se concluyeron un total de 47 fallecidos con el diagnóstico de VIH, lo que permite calcular una tasa de mortalidad cruda de 2,4 por cada 100.000 personas diagnosticadas con VIH / año, teniendo en cuenta paciente atendido en el centro de referencia, independiente del estadio o uso de TAR durante el período.

Se estimaron los Años de Vida Potencialmente Perdidos o AVPP. Se encontraron perdidos 3.5 años de vida por cada 100.000 habitantes por condición de VIH en la muestra estudiada, esto quiere decir, que no se alcanzó

la esperanza de vida en Colombia para personas con esta condición de salud. La *Tabla 6* muestra su distribución por sexo y grupo etario.

Tabla 5. Frecuencia del tipo de diagnóstico según rango etario en personas con VIH, sujetos de estudio

Tipo de enfermedad / Rango edad	1-5 años	6-10 años	11-20 años	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	61-70 años	71-80 años	81 o más
Alteración linfática	0,05%	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Alteración odontológica	0,00%	0,00%	0,00%	1,57%	1,41%	1,51%	0,73%	0,42%	0,05%	0,00%
Cáncer	0,00%	0,00%	0,00%	0,47%	0,57%	0,63%	0,73%	0,26%	0,26%	0,00%
Circunstancias psicosociales y violencia	0,00%	0,05%	0,89%	4,38%	5,06%	2,71%	1,41%	0,84%	0,05%	0,00%
Deficiencia nutricional	0,00%	0,00%	0,47%	1,20%	0,57%	0,52%	0,47%	0,26%	0,05%	0,00%
Densidad mineral ósea baja	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,16%	0,31%	0,63%	0,21%	0,00%
Desorden endocrinológico	0,00%	0,00%	0,16%	3,08%	5,27%	6,16%	8,56%	3,29%	0,89%	0,37%
Desorden genitourinario	0,00%	0,00%	0,10%	0,84%	1,04%	1,36%	1,36%	0,99%	0,26%	0,10%
Desorden mental o del comportamiento	0,00%	0,00%	0,42%	4,02%	4,75%	3,13%	1,72%	0,52%	0,00%	0,00%
Desorden musculo esquelético	0,00%	0,00%	0,00%	0,16%	0,47%	1,15%	1,20%	0,63%	0,05%	0,10%
Desorden neurológico	0,00%	0,00%	0,05%	0,47%	1,20%	1,30%	1,67%	0,47%	0,21%	0,05%
Diabetes	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%	0,16%	0,31%	0,63%	0,37%	0,10%	0,05%
Disfunción de órganos de los sentidos	0,00%	0,00%	0,10%	0,42%	0,94%	1,25%	1,46%	0,73%	0,26%	0,00%
Enfermedad autoinmune	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,00%	0,00%	0,16%	0,00%	0,00%
Enfermedad cardiovascular y circulatoria	0,00%	0,00%	0,05%	0,21%	0,52%	1,25%	1,83%	1,25%	0,21%	0,05%
Enfermedad de la piel y faneras	0,00%	0,00%	0,05%	1,10%	0,89%	0,73%	0,68%	0,26%	0,00%	0,00%
Enfermedad digestiva	0,00%	0,00%	0,00%	0,68%	0,78%	1,15%	0,63%	0,21%	0,05%	0,00%
Enfermedad hematológica	0,00%	0,00%	0,10%	0,31%	0,63%	0,21%	0,31%	0,10%	0,10%	0,00%
Enfermedad infectocontagiosa (no VIH)	0,00%	0,05%	0,47%	3,65%	4,02%	3,13%	2,71%	1,10%	0,26%	0,05%
Enfermedad materno-perinatal	0,00%	0,00%	0,05%	0,10%	0,00%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Enfermedad renal	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,37%	0,16%	0,52%	0,31%	0,16%	0,05%
Enfermedad respiratoria no infecciosa	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,16%	0,16%	0,10%	0,00%	0,00%
Exceso de calorías	0,00%	0,00%	0,05%	1,36%	3,55%	3,50%	2,71%	1,20%	0,42%	0,00%
Infección respiratoria	0,00%	0,00%	0,10%	0,10%	0,26%	0,10%	0,05%	0,10%	0,42%	0,00%
Lesiones o trauma	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,16%	0,42%	0,31%	0,05%	0,10%

Para estimar los años vividos con discapacidad o AVD, se realizó el cálculo teniendo en cuenta la prevalencia, el peso de la discapacidad definida como VIH y el promedio del tiempo que tenían las personas con el diagnóstico confirmado. Para el peso de la discapacidad se tuvo en cuenta el GBD (Global Burden Disease) del año 2019 publicado por Lancet en octubre del 2020, en el cual se especifica entre las tablas el factor por condición de VIH-SIDA (22,23). Se concluyó que las personas de la población afectada con VIH del estudio han vivido con la discapacidad un total de 4.351,59 años, es decir que, cada persona afectada por la infección del VIH-SIDA vive con discapacidad 2,3 años, entendiendo entonces, que la infección por VIH, genera una pérdida de calidad de vida de las personas de por lo menos 2,3 años

(ver *Tabla 7*).

En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), en la población estudiada, se llegó a perder un total de 6028,59 años de vida saludable a causa del VIH en el total de la población. Adicional a esto, desde el análisis de tasa de AVAD, es posible interpretar que, existe una pérdida de 3,1 años de vida saludable en aquellas personas afectados con VIH en los pacientes atendidos en el centro de referencia. Metodológicamente se aplica una tasa de descuento del 3%, lo que nos da un indicador de 3 años de vida saludables perdidos (ver *Tabla 8*).

Tabla 6. AVPP por grupo etario y sexo en personas con la infección por VIH

EDAD / Sexo	Defunciones		Esperanza de vida		AVPP	
	F	M	F	M	F	M
1-5 años	0	0	79,0	73,0	0	0
6-10 años	0	0	74,0	68,0	0	0
11-20 años	1	0	69,0	63,0	69	0
21-30 años	0	4	59,0	53,0	0	212
31-40 años	4	8	49,0	43,0	196	344
41-50 años	5	13	39,0	33,0	195	429
51-60 años	0	8	29,0	23,0	0	184
61-70 años	1	2	19,0	13,0	19	26
71-80 años	0	1	9,0	3,0	0	3
AVPP Totales: 1677					479	1198

Tabla 7. Años vividos con discapacidad (AVD) por grupo etario y sexo en personas con la infección por VIH

EDAD / Sexo	Duración promedio del VIH		Peso de discapacidad (<i>Disability Weight</i>)		Población con VIH		Años Vividos con Discapacidad	
	F	M	F	M	F	M	F	M
1-5 años	2	2	0,27	0,27	1	1	0,5	0,5
6-10 años	1	7	0,27	0,27	0	2	0,00	3,8
11-20 años	7	6	0,27	0,27	21	36	39,7	58,3
21-30 años	5	4	0,27	0,27	86	378	116,1	408,2
31-40 años	7	6	0,27	0,27	138	369	260,8	597,8
41-50 años	10	10	0,27	0,27	87	290	234,9	783
51-60 años	11	14	0,27	0,27	66	266	196,0	1005,5
61-70 años	11	16	0,27	0,27	38	96	112,9	414,7
71-80 años	11	15	0,27	0,27	10	22	29,7	89,10
Total AVD = 4351,59							990,6	3360,9

Tabla 8. Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) con tasa de descuento por grupo etario y sexo en personas con la infección por VIH. Colombia, período febrero 2019 a enero 2020

EDAD / Sexo	AVAD		AVAD - 3%	
	F	M	F	M
1-5 años	1	1	1	1
6-10 años	0	4	0	4
11-20 años	109	58	105	57
21-30 años	116	620	113	602
31-40 años	457	942	443	914
41-50 años	430	1212	417	1176
51-60 años	196	1189	190	1154
61-70 años	132	441	128	427
71-80 años	30	92	29	89
Totales	991	3361	1426	4422

DISCUSIÓN

Con este estudio se ha podido evidenciar que la infección con VIH puede afectar en distintos grupos de edad, principalmente a personas entre los 20 y 50 años de edad, teniendo preferencia por el sexo masculino. Son frecuentes las comorbilidades por enfermedades crónicas no transmisibles (o no comunicables) e infecciones distintas a VIH, con alta prevalencia de desórdenes endocrinológicos, enfermedades infectocontagiosas distintas al VIH por tuberculosis y virus hepatotropos; circunstancias psicológicas y de violencia; desórdenes mentales y del comportamiento, exceso en la ingesta de calorías.

Los hallazgos son interpretables dentro del marco de pacientes en programas para manejo de VIH en Colombia, que se encuentran en distintos estadios de la enfermedad, con miras a establecer estrategias de prevención y seguimiento de las comorbilidades asociadas a la infección por VIH y a la carga de enfermedad subsecuente.

El perfil epidemiológico de las enfermedades coexistentes en personas infectadas por el VIH es distinto en las regiones del mundo, por tanto, orienta esfuerzos distintos. En Brent (Reino Unido), la hepatitis viral aparece como principal coinfección, y por otro lado, la enfermedad cardiovascular, la dislipidemia, hipertensión, diabetes y los problemas de salud mental, son prevalentes de manera diferencial en esta población (24). En Australia, aparece la depresión y la ansiedad, como principales problemas en salud mental en esta población (25). EEUU, comparte datos epidemiológicos similares, con una alta prevalencia de dislipidemia, hipertensión y otros problemas endocrinos (incluyendo diabetes), enfermedad renal, obesidad y cáncer (26).

Aparecen como limitantes a este estudio la capacidad de extrapolar sus resultados, toda vez que se trata de un estudio observacional

con un muestreo no probabilístico a conveniencia.

CONCLUSIONES

Las comorbilidades tienen un patrón común en poblaciones afectadas por VIH. Se calculó una incidencia de 3,1/millón en Colombia, tasa de mortalidad cruda 2,4/ 100,000 personas con VIH. La infección produce unos AVD de 2,3 años y 3 años de vida saludable perdidos tras el diagnóstico. Aún desde la atención primaria en salud, las consecuencias de la infección por VIH parecen ser notorias, con una carga global de la enfermedad que repercute de manera significativa en los pacientes que la padecen y en conjunto a los sistemas de salud.

Limitaciones: el presente estudio tuvo limitaciones principales en hallar los factores de riesgo que pudieran relacionarse con mayor riesgo de mortalidad en la población estudiada.

Conflicto de intereses: los autores declaran la no existencia.

BIBLIOGRAFÍA

- UNAIDS data 2021. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; [2021]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud. Bogotá, 30 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/vih-sida-en-colombia-retos-y-apuestas-en-salud/>
- Lucas S, Nelson AM. HIV and the spectrum of human disease. *J Pathol.* 2015 Jan;235(2):229-41. doi: 10.1002/path.4449. PMID: 25251832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25251832/>
- Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud. Bogotá, 30 de

- noviembre de 2020 Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/vih-sida-en-colombia-retos-y-apuestas-en-salud/>
5. Suzanne G L, Saurja T. Disability among Persons Aging with HIV/AIDS. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr.* 2017;42:101-118. doi: 10.1159/000448547. Epub 2016; Nov 22.
 6. Pourcher V, Gourmelen J, Bureau I, Bouee S (2020) Comorbidities in people living with HIV: An epidemiologic and economic analysis using a claims data base in France. *PLoS ONE* 15(12):e0243529. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243529>
 7. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection. *Nat Rev Dis Primers.* 2015 Oct 1;1:15035. doi: 10.1038/nrdp.2015.35. PMID: 27188527. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27188527/>
 8. Coffin JM, Hughes SH, Varmus HE, editors. *Retroviruses.* Cold Spring Harbor (NY): Cold Spring Harbor Laboratory Press; 1997. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19376/>
 9. Freed EO, Mouland AJ. The cell biology of HIV-1 and other retroviruses. *Retrovirology.* 2006; 3: 77. <https://doi.org/10.1186/1742-4690-3-77>
 10. Edward JW. HIV diagnosis increasing in older adults in Europe. *The Lancet HIV.* November 2017. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(16\)31187-0/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(16)31187-0/fulltext)
 11. Anna DN y colaboradores. Severity of Cardiovascular Disease Outcomes Among Patients With HIV Is Related to Markers of Inflammation and Coagulation. *Journal of the American Heart Association.* 2014;3:e000844. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.114.000844>
 12. Beltrán LM, Rubio-Navarro A, Amaro-Villalobos JM, Egido J, García-Puig J, Moreno JA. Influence of immune activation and inflammatory response on cardiovascular risk associated with the human immunodeficiency virus. *Vasc Health Risk Manag.* 2015 Jan 6; 11:35-48. doi: 10.2147/VHRM.S65885. PMID: 25609975; PMCID: PMC4293933. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25609975/>
 13. Naicker S, Rahmanian S, Kopp JB. HIV and chronic kidney disease. *Clin Nephrol.* 2015;83(7 Suppl 1):32-8. doi: 10.5414/cnp83s032. PMID: 25725239; PMCID: PMC4536633. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25725239/>
 14. Compston J. HIV infection and osteoporosis. *Bonekey Rep.* 2015 Feb 11;4:636. doi: 10.1038/bonekey.2015.3. PMID: 25709813; PMCID: PMC4325555. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709813/>
 15. Tedaldi EM, Minniti NL, Fischer T. HIV-associated neurocognitive disorders: the relationship of HIV infection with physical and social comorbidities. *Biomed Res Int.* 2015;2015:641913. doi: 10.1155/2015/641913. Epub 2015 Mar 1. PMID: 25815329; PMCID: PMC4359826. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25815329/>
 16. Cribbs SK, Crothers K, Morris A. Pathogenesis of HIV-Related Lung Disease: Immunity, Infection, and Inflammation. *Physiol Rev.* 2020 Apr 1;100(2):603-632. doi: 10.1152/physrev.00039.2018. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31600121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31600121/>
 17. Currier JS, Havlir DV. CROI 2019: complications and coinfections in HIV infection. *Top Antivir Med.* 2019 Apr;27(1):34-40. PMID: 31137001; PMCID: PMC6550358. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31137001/>
 18. Hu J, Liu K, Luo J. HIV-HBV and HIV-HCV Coinfection and Liver Cancer Development. *Cancer Treat Res.* 2019;177:231-250. doi: 10.1007/978-3-030-03502-0_9. PMID: 30523627. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30523627/>
 19. Andreani G, Lodge R, Richard D, Tremblay MJ. Mechanisms of interaction between protozoan parasites and HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012 May;7(3):276-82. doi: 10.1097/COH.0b013e32835211e9. PMID: 22418447.
 20. Molano S, Karen D, Barrera R, y Colaboradores. Carga de enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida en Boyacá 2015-2016. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2018; 17(35):1. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477009/)
 21. Peñaloza RE, Salamanca N, Rodríguez JM, Rodríguez J, Beltrán AR. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia [Internet]. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014. Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/>

- e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e
22. GBD 2019 [Internet]. Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
 23. World Health Organization, WHO [Internet]. Methods and Data Sources for Global Burden of Disease Estimates 2000-2019, Department of Information, Evidence and Research, Geneva. 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7
 24. Lorenc A, Ananthavarathan P, Lorigan J, Jowata M, Brook G, Banarsee R. The prevalence of comorbidities among people living with HIV in Brent: a diverse London Borough. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2014;6(4):84-90. doi: 10.1080/17571472.2014.11493422. PMID: 25949722; PMCID: PMC4238727.
 25. Lorenc A, Ananthavarathan P, Lorigan J, Jowata M, Brook G, Banarsee R. The prevalence of comorbidities among people living with HIV in Brent: a diverse London Borough. *London J Prim Care (Abingdon)*. 2014;6(4):84-90. doi: 10.1080/17571472.2014.11493422. PMID: 25949722; PMCID: PMC4238727.
 26. Gallant J, Hsue PY, Shreay S, Meyer N. Comorbidities Among US Patients With Prevalent HIV Infection-A Trend Analysis. *J Infect Dis*. 2017 Dec 19;216(12):1525-1533. doi: 10.1093/infdis/jix518. PMID: 29253205.

Factores de riesgo asociados a las caídas en personas mayores institucionalizadas

Risk factors associated with falls in institutionalised elderly people

Trigos Domínguez V¹, García-Revilla Fernández JD¹, Moreno Carbonell V²,

Castilla Castillejo JR¹

¹Médico de Familia. AGS Sur de Córdoba

²Especialista en Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario de Cáceres

Recibido el 05-07-2024; aceptado para publicación el 04-06-2025.

Med fam Andal. 2025;2:82-89

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.2024338>

Correspondencia: Valerio Trigos Domínguez, mail: valeriotrigos_88@hotmail.com

RESUMEN

Título: factores de riesgo asociados a las caídas en personas mayores institucionalizadas.

Objetivo: evaluar la prevalencia de caídas en personas mayores institucionalizadas, determinar diferentes de factores de riesgo para el desarrollo de las mismas, así como evaluar la utilidad de diferentes escalas de fragilidad para el pronóstico de las mismas.

Diseño: estudio observacional descriptivo, por entrevista personal. Tratamiento estadístico de los datos mediante análisis descriptivo, bivariante y multivariante.

Población y muestra: pacientes ≥ 65 años, no inmovilizados o encamados, capacitados para firmar el consentimiento informado, residentes en centros para mayores en Córdoba y República de Irlanda. El tamaño muestral fue de 122 pacientes institucionalizados mayores de 65 años. Las variables incluyeron edad, sexo, uso de ayudas técnicas e incontinencia urinaria, entre otras.

Resultados: la prevalencia de caídas fue del 30% (IC 95%, 0.21-0.39). Un 50% presentó más de una caída en el último año. El 25% sufrió lesiones físicas, con un 5-6% de fracturas. Los factores asociados a un mayor riesgo de caídas fueron la incontinencia urinaria y la necesidad de ayudas técnicas para la movilidad. Por su parte, el índice FRASE y el índice Downton se asociaron significativamente con un mayor riesgo de caídas, lo que sugiere que estas escalas pueden ser útiles para la identificación de individuos en riesgo.

Conclusiones: el estudio mostró que la prevalencia de caídas en ancianos institucionalizados es alta y potencialmente incapacitante. El índice FRASE podría ser útil en la valoración inicial del anciano para diseñar un plan individualizado de prevención de caídas.

Palabras clave: anciano, caídas accidentales, institucionalizado.

ABSTRACT

Title: risk factors associated with falls in institutionalised elderly people.

Objective: to assess the prevalence of falls in institutionalised elderly people, to determine different risk factors for the development of falls, and to evaluate the usefulness of different frailty scales for the prognosis of falls.

Design: descriptive observational study, by personal interview. Statistical treatment of the data by descriptive, bivariate and multivariate analysis.

Population and sample: patients ≥ 65 years old, not immobilised or bedridden, able to sign the informed consent form, residing in centres for the elderly in Cordoba and Republic of Ireland. The sample size was 122 institutionalised patients aged 65 years and older. Variables included age, sex, use of technical aids and urinary incontinence, among others.

Results: The prevalence of falls was 30% (95% CI, 0.21-0.39). Fifty per cent had more than one fall in the past year. 25% suffered physical injuries, with 5-6% suffering fractures. Factors associated with an increased risk of falls were urinary incontinence and the need for mobility aids. The FRASE index and Downton index were significantly associated with an increased risk of falls, suggesting that these scales may be useful in identifying individuals at risk.

Conclusions: The study showed that the prevalence of falls in institutionalised elderly is high and potentially disabling. The FRASE index could be useful in the initial assessment of the elderly to design an individualised fall prevention plan.

Key words: elderly, accidental falls, institutionalised.

INTRODUCCIÓN

Las caídas en personas mayores de 65 años son un problema con graves consecuencias para la salud, además de sus costes sociales y económicos. Aproximadamente una de cada tres personas mayores de 65 años que viven en la comunidad sufre una caída cada año (1). La mitad de estas personas volverá a caerse en el año siguiente (2). Aproximadamente una de cada cuatro caídas provoca lesiones físicas, con fracturas en un 5-6% de los casos, siendo la causa principal de muerte accidental en esta población (3).

Las caídas tienen un impacto psicológico y social significativo. Entre el 30 y el 75% de los ancianos que se han caído una vez desarrollan miedo a caerse nuevamente, lo que reduce su actividad diaria y provoca aislamiento social (4). El coste sanitario de las caídas en EE.UU. asciende a entre 16 y 19 mil millones de dólares anuales (5).

A pesar de los avances médicos, hay escasez de datos empíricos sobre la incidencia de caídas en adultos mayores. Se ha observado que las personas mayores institucionalizadas presentan mayor fragilidad y un estado

de salud más deteriorado que aquellos que viven en comunidad, lo que incrementa el riesgo de caídas y fracturas, especialmente de cadera (6). Se requieren estrategias de prevención eficaces para reducir la incidencia de fracturas y sus consecuencias (7, 8).

Las caídas en ancianos son el resultado de interacciones entre factores personales y ambientales (9, 10). Identificar factores modificables permite implementar estrategias preventivas eficaces (11, 12). El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre caídas y variables clínicas y funcionales en ancianos institucionalizados.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio transversal en pacientes mayores de 65 años, institucionalizados, no inmovilizados o encamados. Todas las variables del estudio se obtuvieron de los registros clínicos de los participantes (médicos y de enfermería), tras solicitar su consentimiento informado. Se estimó un tamaño mínimo de muestra de 233 sujetos, estimando una prevalencia de caídas del 30% (1), una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%.

El estudio se llevó a cabo en 5 residencias, situadas en los municipios de Cabra (Córdoba, España), Lucena (Córdoba, España), Priego de Córdoba (Córdoba), Baena (Córdoba) y Enniscorthy (Co Wexford, República de Irlanda). Para la captación de estos sujetos se realizó un muestreo polietápico (primero estratificado de manera proporcional al número de personas institucionalizadas por localidad, seguido de un muestreo sistemático, reclutándose a los usuarios necesarios de los registrados en cada residencia de las localidades de estudio).

Las variables principales fueron la presencia de caídas en el último año y en el último mes (cualitativa), y el número de caídas en el último mes (cuantitativa). Se utilizó como referencia el documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en personas mayores (6) para elegir las variables independientes, que se presentan a continuación:

- **Datos sociodemográficos:** edad, sexo, tiempo de ingreso en la residencia.
- **Datos clínicos:** índice de masa corporal (IMC) (normopeso <25 , sobrepeso 25-29,9 y obesidad ≥ 30), dependencia para las actividades de la vida diaria (índice de Barthel), comorbilidades, incontinencia urinaria, medicamentos prescritos y número de fármacos, adecuación de la medicación (criterios STOPP/START).
- **Datos de la residencia de mayores:** tipo de gestión del centro (público o privado), personal disponible (ratio por residente de enfermeras, fisioterapeutas, auxiliares-cuidadoras, médicos), asignación a un cupo único médico/enfermera del sistema nacional de salud.
- **Caídas:** número de caídas en el último mes, fractura como resultado de la caída y tipo, ayuda para la deambulación (bastón, muleta, andador, silla de ruedas) y riesgo de caídas.

El riesgo de caídas se valoró mediante el índice de riesgo FRASE (Falls Risk Assessment Score for Elderly,) y el índice de Downton, que evalúan el riesgo de fragilidad mediante criterios clínicos y funcionales. Los puntos de corte aplicados fueron:

- Índice de FRASE: riesgo bajo 3-8, riesgo medio 9-12, riesgo alto ≥ 13 .
- Índice de Downton: riesgo bajo <2 , riesgo alto ≥ 3 .

El análisis estadístico demostró la normalidad de los datos y la homocedasticidad de las varianzas. Se realizó una descripción de las variables, seguido de un análisis de la relación de la variable “caídas” con las variables independientes comentadas anteriormente (análisis bivariado: Ji-cuadrado para las cualitativas y test T-student o ANOVA para las cuantitativas) y de un análisis multivariante (regresión logística binaria) para controlar factores de confusión e identificar aquellas variables asociadas a la existencia de caídas (variable dependiente).

Aspectos éticos:

El estudio siguió las buenas prácticas clínicas, las directrices ICH y la Declaración de Helsinki. El protocolo, las modificaciones y el consentimiento informado fueron revisados y aprobados por los Comités de Ética de la Investigación Clínica (CEICs). Se garantizó la privacidad del paciente mediante identificadores anónimos. Las autoridades reguladoras pudieron acceder a los registros médicos originales solo para verificación de datos.

RESULTADOS

1. Estudio descriptivo de las variables

Se estudiaron un total de 122 personas ingresadas en las residencias de mayores. La *tabla 1* resume las principales características de la muestra estudiada. La edad media

de la muestra fue de 82,3 años, con un 65% de mujeres. El tiempo medio de institucionalización fue de 4,5 años.

En cuanto al estado nutricional, el IMC medio fue de 27,8, con un 30% de los residentes en normopeso, un 45% con sobrepeso y un 25% con obesidad. La funcionalidad evaluada mediante el Índice de Barthel mostró una media de 65,2, lo que indica una dependencia moderada para las actividades de la vida diaria.

El 58% de los residentes presentaban pluripatología y un 40% tenían incontinencia urinaria. La media de fármacos prescritos fue de 6,3, con un 55% de los pacientes en situación de polimedicación y un 42% con una adecuación de la medicación según los

criterios STOPP/START.

Respecto a las características de las residencias, el 60% de los centros eran de gestión pública y el 40% privada. La dotación de personal mostró una ratio de 0,12 enfermeras por residente, 0,08 fisioterapeutas por residente y 0,55 auxiliares-cuidadoras por residente.

En cuanto a las caídas, la media de caídas en el último mes fue de 1,3, con un 12% de fracturas derivadas de estas. El 35% de los residentes utilizaban ayudas técnicas para la movilidad. La puntuación media del riesgo de caídas según el índice FRASE fue de 9,8, mientras que el índice Downton mostró una media de 3,5, indicando un riesgo elevado de caídas en la muestra analizada.

Tabla 1. Valores estudiados en la muestra analizada

Variable	Valor
Edad (media en años)	82,3
Sexo (mujeres)	65%
Tiempo de ingreso en la residencia (media en años)	4,5
Índice de masa corporal (IMC, media)	27,8
Normopeso	30%
Sobrepeso	45%
Obesidad	25%
Índice de Barthel (media)	65,2
Pluripatología	58%
Incontinencia urinaria	40%
Número medio de fármacos	6,3
Polimedicación	55%
Adecuación de la medicación	42%
Tipo de gestión del centro (público)	60%
Tipo de gestión del centro (privado)	40%
Ratio enfermeras/residente	0,12
Ratio fisioterapeutas/residente	0,08
Ratio auxiliares-cuidadoras/residente	0,55
Número de caídas en el último mes (media)	1,3
Fracturas como resultado de la caída	12%
Uso de ayudas técnicas	35%
Riesgo de caídas FRASE (media)	9,8
Riesgo de caídas Downton (media)	3,5

2. Principales hallazgos del análisis bivariado

El análisis bivariado permitió identificar las variables que mostraban una asociación estadísticamente significativa con la ocurrencia de caídas en la población estudiada. En la *tabla 2* se muestran los principales resultados del análisis bivariado de la muestra.

Al estudiar la relación entre la edad y las caídas se encontró una correlación negativa y significativa entre la edad y el número de caídas ($r = -0,181$, $p = 0,047$), lo que indica que, a mayor edad, el número de caídas disminuye.

A su vez, en relación al índice FRASE y el desarrollo de caídas se halló una correlación positiva débil pero significativa entre el índice FRASE y el número de caídas en el último año ($r = 0,178$, $p = 0,025$) y en el último mes ($r = 0,181$, $p = 0,046$), sugiriendo que, a mayor puntuación en el índice, mayor riesgo de caídas.

Por otro lado, en el estudio del factor de pluripatología no se encontró una asociación significativa entre la presencia de pluripato-

logía y la ocurrencia de caídas ($p = 0,531$), lo que sugiere que la acumulación de enfermedades crónicas no fue un factor determinante en este estudio.

Por su parte, en relación a la presencia de polimedicación y el desarrollo de caídas no se halló una asociación significativa entre el uso de múltiples fármacos y el riesgo de caídas ($p = 0,384$), lo que contrasta con estudios previos que han señalado una posible relación entre el consumo de ciertos medicamentos y el aumento del riesgo de caídas.

En cuanto a la presencia de incontinencia urinaria se encontró una relación significativa en el desarrollo del número de caídas ($p = 0,011$), lo que sugiere que los pacientes con incontinencia urinaria tienen mayor probabilidad de sufrir caídas.

Por último, en el estudio de la asociación entre el índice de Downton y la aparición de caídas se encontró una correlación significativa ($r = 0,245$, $p = 0,007$), lo que indica que este índice puede ser un predictor útil del riesgo de caídas en esta población.

Tabla 2. Principales resultados del análisis bivariado de la muestra

Variable 1	Variable 2	r de Pearson	p valor
Índice de Frase	Número de caídas en el último año	0,178	0,025
Índice de Frase	Número de caídas en el último mes	0,181	0,046
Edad	Número de caídas total	-0,181	0,047
Pluripatología	Número de caídas total	0,025	0,531
Polimedicación	Número de caídas total	0,384	0,384
Incontinencia urinaria	Número de caídas total	0,245	0,01
Índice Downton	Número de caídas total	0,245	0,007

3. Resultados del análisis multivariable

En la *tabla 3* se presentan los resultados obtenidos mediante un análisis multivariable, que se realizó mediante regresión logística binaria para identificar aquellas variables asociadas a la existencia de caídas, contro-

lando posibles factores de confusión.

En nuestro estudio, la edad se comporta como un factor protector para el desarrollo de caídas (OR: 0,98, $p = 0,047$). Sin embargo, el sexo parece no tener asociación con el desarrollo de este evento, ya que los datos

no resultan estadísticamente significativos (OR: 1,12, $p=0,159$).

Así mismo, no se han encontrado asociación estadísticamente significativa entre la variable caídas y pluripatología entre las enfermedades estudiadas (OR: 1,05, $p= 0,531$).

Por su parte, según los datos referidos al índice FRASE, el cual permite discriminar en base al riesgo que tiene el individuo de fragilidad a los individuos que tienen mayor o menor número de caídas, se observa que se comporta como factor de riesgo en aquellos individuos con puntuaciones positivas (OR: 1,18, $p: 0,025$). Por su parte, a través de un análisis estadístico ANOVA con trans-

formada de Bonferroni se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de riesgo (alto, medio y bajo) ($p<0,001$).

A parte de esto, llama la atención en los datos que los pacientes con incontinencia urinaria presentan más caídas (OR= 2,33, $p= 0,011$).

Por último, el uso de ayudas técnicas y caídas se comporta como un factor de riesgo para desarrollar un mayor número de caídas (OR: 2,29, $p = 0,034$), lo que sugiere que la necesidad de estas herramientas podría estar asociada a un mayor grado de fragilidad y riesgo de caídas.

Tabla 3. Resultados obtenidos del análisis multivariable

Variable independiente	OR (IC 95%)	p valor
Edad	0,98 (0,96-1,00)	0,047
Sexo (mujer)	1,12 (0,67-1,89)	0,159
Índice Frase	1,18 (1,05-1,32)	0,025
Índice Downton	1,25 (1,08-1,45)	0,007
Polimedicación	0,89 (0,66-1,20)	0,384
Pluripatología	1,05 (0,85-1,30)	0,531
Incontinencia urinaria	2,33 (1,50-3,62)	0,011
Uso de ayudas técnicas	2,29 (1,05-4,95)	0,034

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos en este trabajo concuerdan con estudios previos que indican que la fragilidad y las comorbilidades son factores determinantes en la ocurrencia de caídas en este grupo poblacional.

El análisis descriptivo mostró que la edad media de los participantes fue de 82.3 años, con una mayoría femenina (65%). No obstante, los resultados indican que variables como la edad y el sexo no mostraron una relación significativa con el número de caídas en el análisis multivariante. Sin embargo, el índice FRASE y el índice Downton se

asociaron significativamente con un mayor riesgo de caídas, lo que sugiere que estas escalas pueden ser útiles para la identificación de individuos en riesgo. A pesar de que la edad avanzada suele asociarse con un mayor riesgo de caídas, en este estudio se observó una correlación negativa débil entre la edad y el número de caídas, lo que sugiere que otros factores, como la movilidad reducida y el mayor grado de supervisión en edades más avanzadas, pueden influir en la reducción de caídas.

En un estudio previo sobre factores de riesgo en ancianos institucionalizados realizado por Carballo-Rodríguez et al. en 2018 (29),

se encontró que la polimedicación no estaba significativamente asociada al riesgo de caídas, resultado que coincide con nuestros hallazgos. Por este motivo, este hecho sugiere que no es únicamente el número de fármacos prescritos lo que influye en el riesgo de caídas, sino la naturaleza de los medicamentos y su efecto sobre el equilibrio y la cognición del paciente.

Por otro lado, la edad se mostró como un factor protector en otros estudios, mientras que en nuestra muestra no presentó un impacto significativo. La variabilidad en estos resultados sugiere la necesidad de estudios adicionales con muestras más amplias y diseños que permitan establecer causalidad (29).

Entre las diferentes variables clínicas estudiadas, se encontró una asociación significativa entre la incontinencia urinaria y la presencia de caídas, lo que coincide con la literatura existente (29). En concreto, la incontinencia urinaria mostró una fuerte asociación con el riesgo de caídas determinando como aquellos con individuos con esta entidad tienen más del doble de riesgo de caerse en comparación con aquellas sin incontinencia. Este hallazgo refuerza la necesidad de implementar estrategias de manejo de la incontinencia como parte de los programas de prevención de caídas en residencias geriátricas.

Por su parte, el uso de ayudas técnicas para la movilidad también se asoció significativamente con un mayor número de caídas, lo que indica que, aunque estos dispositivos pueden facilitar la movilidad, también pueden aumentar el riesgo de caídas si no se utilizan correctamente o si los pacientes presentan déficits funcionales importantes (29).

Por último, los resultados de este trabajo reflejan la utilidad del índice FRASE y del índice Downton para predecir el riesgo de caídas. Aunque la correlación con el número

de caídas fue moderada, estos índices resultan ser unas herramientas útiles para la identificación de individuos en riesgo y la implementación de intervenciones preventivas dirigidas. De esta manera, dado que el índice Downton evalúa factores de riesgo como el uso de medicación, déficits sensoriales y alteraciones en la movilidad, su aplicación en la evaluación inicial de los pacientes institucionalizados podría mejorar la detección precoz del riesgo y ayudar a la implementación de estrategias preventivas personalizadas. No obstante, cuando se compara el índice FRASE con el Downton, este último parece tener una mejor capacidad predictiva, aunque su combinación con otras escalas podría mejorar la identificación de individuos en riesgo. Es recomendable seguir evaluando su utilidad en futuras investigaciones y considerar su implementación como parte de la evaluación geriátrica integral. Nuestros hallazgos coinciden con estudios previos (13-16,25,26), aunque la falta de asociación entre polimedicación y caídas contrasta con la literatura actual (17,18,27). Además, la mayor prevalencia de caídas en pacientes con incontinencia urinaria refuerza la necesidad de intervenciones específicas en este grupo (19,20,28).

CONCLUSIONES

El presente estudio confirma que las caídas en ancianos institucionalizados representan un problema de salud significativo, con una prevalencia del 30%. Estos hallazgos refuerzan la importancia de desarrollar planes de intervención personalizados en residencias de mayores, considerando factores individuales como la incontinencia urinaria, el uso de ayudas técnicas y la evaluación mediante escalas de riesgo como FRASE y Downton. La implementación de estrategias preventivas en general y en particular a este subgrupo de pacientes podría reducir la incidencia de caídas y mejorar la calidad de vida de los residentes.

Estos hallazgos destacan la importancia de la evaluación individualizada del riesgo de caídas en adultos mayores institucionalizados, con especial atención a aquellos factores de riesgo a padecerla y haciendo un uso adecuado de herramientas predictivas como el índice de Downton como factores clave para el diseño de estrategias preventivas.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubenstein LZ, Josephson KR. *Clin Geriatr Med.* 2002;18(2):141-58.
2. Sattin RW. *Annu Rev Salud Pública.* 1992;13:489-508.
3. Berg WP, Alessio HM, Mills EM, Tong C. *Ageing.* 1997;26(4):261-8.
4. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. *Ageing.* 1990;19(2):136-41.
5. Currie L. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.* 2006.
6. Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT, Baker DI. *J Gerontol.* 1994;49(3):M140-7.
7. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ. *Ageing.* 1997;26(3):189-93.
8. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. *Inj Prev.* 2006;12(5):290-5.
9. Lim KD, Ng SK, Ng LL. *Singapur Med J.* 2001;42(10):466-72.
10. Stubbs B. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(1):160.
11. Cumming RG, Nevitt MC, Cummings SR. *Epidemiol Rev.* 1997;19(2):244-57.
12. Grupo NZG. *Prevención de fractura de cadera.* 2003.
13. Meyer G, Warnke A, Bender R, Muhlhauser I. *BMJ.* 2003;326(7380):76.
14. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. *J Gerontol.* 1991;46(5):M164-70.
15. Tinetti ME, Doucette J, Noel E. *J Am Geriatr Soc.* 1995;43(11):1214-21.
16. Close J, Ellis M, Hooper R. *Lancet.* 1999;353(9147):93-7.
17. Tinetti ME. *N Engl J Med.* 2003;348(1):42-9.
18. Chen JS, Cameron ID, Simpson JM. *J Bone Miner Res.* 2011;26(2):428-33.
19. Goncalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):938-45.
20. Stubbs B. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(7):1189-90.
21. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing.* 2015;44(2):213-8.
22. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83.
23. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. J Am Geriatr Soc.* 1999;47(1):40-50.
24. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc.* 1999;47(1):30-9.
25. Boye ND, Van Lieshout EM, Van Beeck EF, et al. *The impact of falls in the elderly. Trauma.* 2013;15(1):29-35. Boye ND, Van Lieshout EM, Van Beeck EF, et al. *The impact of falls in the elderly. Trauma.* 2013;15(1):29-35.
26. Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, et al. *Assessment and management of fall risk in primary care settings. Med Clin.* 2015;99(2):281-93.
27. Hopewell S, Adedire O, Copey B, et al. *Multi-factorial and multiple component interventions for preventing falls. Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(7):CD012221.
28. Karlsson MK, Vonschewelov T, Karlsson C, et al. *Prevention of falls in the elderly. Scand J Public Health.* 2013;41(5):442-54.
29. Carballo-Rodríguez A, Gómez-Salgado J, Casado-Verdejo I, Ordás B, Fernández D, Carballo-Rodríguez A, et al. *Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. Gerokomos [Internet].* 2018 [cited 2024 Aug 13];29(3):110-6.

Seguimiento del paciente oncológico en tratamiento con quimio y/o radioterapia por parte del Médico de Familia

Follow-up of cancer patients undergoing chemo- and/or radiotherapy treatment by the family doctor

Tassone Olmo M

Especialista en MFyC. EAP centro de salud urbano. Mérida, Badajoz

Recibido el 04-06-2025; aceptado para publicación el 07-07-2025

Med fam Andal. 2025;2:90-100

DOI: <https://doi.org/10.82033/MEDFAMANDAL.2025.RR1556>

Correspondencia: Melanie Tassone Olmo, mail: melanietassone@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

En España, el cáncer es una de las principales causas de morbi-mortalidad. El número de cánceres diagnosticados en España en el año 2024 se estima que alcanzará los 286.664 casos según los cálculos de REDECAN, lo que supone un ligero incremento con respecto al año 2023. Al igual que se espera un incremento en la incidencia del cáncer a nivel mundial en los próximos años, en España se estima que en 2040 la incidencia alcance unos 341.000 casos. Los cánceres más frecuentemente diagnosticados en España en 2024 serán los de colon y recto (44.294 nuevos casos), mama (36.395), pulmón (32.768), próstata (30.316) y vejiga urinaria (22.097). A mucha distancia, los siguientes cánceres más frecuentes serán los linfomas no hodgkinianos (10.706), y los cánceres de páncreas (9.986), riñón (9.208), cavidad oral y faringe (7.603), cuerpo uterino (7.305), estómago (6.868) e hígado (6.856) (1).

Dado al aumento del volumen de pacientes con cáncer que consultarán en atención primaria, por lo que además de factores

preventivos de cribado y seguimiento del paciente largo superviviente es importante el conocimiento y manejo de los efectos secundarios de los tratamientos por parte del médico de familia.

La atención al paciente oncológico se ha centrado sobre todo en intervenciones altamente tecnológicas enfocadas a la enfermedad, con vistas a mejorar la supervivencia. Ahora se pone un énfasis cada vez mayor en el abordaje preventivo, el diagnóstico precoz, el cuidado del largo superviviente y la atención al final de la vida. En este nuevo enfoque, el médico de familia está llamado a desempeñar un papel crucial por su capacidad de proporcionar una atención integral, centrada en la persona, longitudinalidad y accesibilidad. El médico de familia sigue manteniendo una responsabilidad con su paciente y con su familia durante el periodo diagnóstico y tratamiento. El apoyo social y psicológico, el control de la comorbilidad y en ocasiones la atención urgente de los efectos agudos del tratamiento, están dentro de sus competencias (2).

TIPOS DE TRATAMIENTOS

Dentro de los tratamientos que reciben los pacientes oncológicos encontramos la quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia.

- **La quimioterapia:** tiene la función de impedir la reproducción de células cancerosas pero debido a su poca especificidad afecta tanto a las células cancerígenas como a células sanas del organismo, sobre todo si se encuentran en división activa como por ejemplo las células de la médula ósea, tejido intestinal, folículos pilosos y sistema reproductor. Esto marcará gran parte de sus efectos secundarios (3).
- **La hormonoterapia:** las hormonas actúan como estimulantes del crecimiento de las células tumorales. Se utilizan fármacos que actúan sobre las hormonas para detener el avance del cáncer, bien sea evitando su síntesis o alterando sus efectos. Este tipo de tratamientos se emplean principalmente en los tumores de mama, próstata, endometrio, ovario o tumores neuroendocrinos (4).
- **La inmunoterapia:** las células cancerosas mediante la expresión de unas proteínas en su superficie bloquean los receptores específicos de los linfocitos T provocando una inactividad del sistema inmune hacia ellas al no ser reconocidas. La inmunoterapia facilita el bloqueo de dichas proteínas de superficie permitiendo la correcta actividad del sistema inmunitario. Es un tratamiento muy específico, con memoria inmunológica y provoca una acción prolongada. Puede prescribirse sola o combinada con otra inmunoterapia o quimioterapia (5).
- **La terapia dirigida o terapia biológica** bloquea de forma específica aspectos concretos de la biología celular o tumo-

ral. Tienen gran selectividad por las células tumorales respecto al resto de las células de organismo por lo que tiene la capacidad de actuar contra el cáncer con menos efectos secundarios (6).

EFFECTOS SECUNDARIOS Y VIGILANCIA

Como explican Blasco A y Caballero C (SEOM 2019), los efectos secundarios producen gran temor en los pacientes, que, aunque en la mayoría de los casos son más soportables de lo esperado, la toxicidad asociada al tratamiento de quimioterapia es un aspecto muy importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias.

Es por ello, que es importante conocer los posibles efectos secundarios para estar expectantes durante el seguimiento por parte del médico de familia de los pacientes que están en tratamiento como las posibles escuelas una vez finalizado dicho tratamiento. Tomamos un papel importante en la prevención de los efectos secundarios dando a los pacientes información y tratamiento de soporte para minimizar la gravedad.

En los informes de los pacientes oncológicos se suele ver la escala ECOG (*tabla 1*) que valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía, es muy importante para valorar el planteamiento de ciertos tratamientos y se puede valorar la evolución del paciente a lo largo de las visitas. Así como la escala Karnofsky (*tabla 2*), que valora el estado funcional de pacientes tratados con quimioterapia.

En este artículo abordaremos los efectos secundarios relacionados con la quimioterapia y radioterapia.

Tabla 1. Escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

PUNTUACIÓN	ESTADO CLÍNICO
ECOG 0	Asintomático. Totalmente activo.
ECOG 1	Restricción actividad intensa. Capaz de trabajo ordinario
ECOG 2	Ambulatorio y capaz de autocuidados. Incapaz para trabajar. Levantado más del 50% del tiempo despierto
ECOG 3	Capaz de algún autocuidado. Vida cama-sillón más del 50% del tiempo despierto.
ECOG 4	Incapaz total. Silla capa el 100% del tiempo despierto.
ECOG 5	Muerto

Tabla 2. Escala o índice de Karnofsky (KPS)

PUNTUACIÓN	ESTADO CLÍNICO
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

TOXICIDADES MÁS COMUNES EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

Los efectos secundarios más comunes son los que aparecen de manera inmediata o precoz como son: la alopecia, náuseas y vómitos, cansancio, anemia, infección, dermatitis, acné, disminución del apetito y pérdida de peso, mucositis, sequedad de la piel, astenia.

1. Astenia

Aparece hasta en un 90% de los pacientes con cáncer que están recibiendo tratamiento y puede persistir durante meses o años tras finalizar el tratamiento en más de un 50% de los pacientes. El cansancio asociado al cáncer se define como la sensación de agotamiento físico, emocional y mental persistente que puede estar relacionado con la

enfermedad o por sus tratamientos (7). Se describe como una falta de energía que impide realizar pequeños esfuerzos de la vida diaria que no encuentra alivio con el descanso. Puede afectar a la capacidad de trabajar, a la sensación de no sentirse autónomo y a la imposibilidad de compaginar actividades sociales y familiares. En función del tratamiento recibido por el paciente puede aparecer en un momento determinado: a los días de recibir quimioterapia, a las semanas de recibir radioterapia o después de la inmunoterapia.

Existen múltiples escalas para valorar la fatiga en consulta (7), pero aquí se muestran las más utilizadas:

- **Rhoten Fatigue Scale:** escala numérica del 1 al 10 con un solo ítem.
- **FACIT-F:** 13 ítems que van de 0 a 4, se

puede utilizar de forma independiente pero hay que tener en cuenta que consta de 27 ítems más (FACT-G), y que si se quiere medir la calidad de vida y astenia esta es la escala que ha de ser empleada completa. Consta de 5 dominios: físico, social, emocional, funcional y por último el específico de la astenia. Tiene buena consistencia interna, es fácil y rápida de completar y puede emplearse también en pacientes que no han tenido astenia.

- **Brief fatigue inventory (BFI):** escala que consta de 9 ítems, utilizada en distintos tipos de pacientes con cáncer y nos va a decir si el paciente está cansado y la severidad de la astenia. Aporta datos sobre la capacidad de relación social y la percepción del propio paciente sobre su astenia. Tiene buena consistencia interna.
- **Revised Piper fatigue escale (R-PFS):** Es una versión corta de la PFS, consta de 22 ítems (escala analógica visual) y aborda 4 dimensiones de la astenia, la física, la afectiva, la cognitiva y severidad. Deja 4 ítems abiertos para que el paciente indique alguna causa o la duración u otros síntomas. Buena consistencia interna.
- **EORTC QLQ-C30:** escala multimodal. 30 ítems que incluye una subescala de 3 ítems para medir la astenia. La subescala de 3 ítems, aunque está validada, no se recomienda que se utilice de forma aislada para valorar la astenia. Mide los aspectos físico, social, emocional, cognitivo y funcional. En pacientes en cuidados paliativos se cuestiona su utilización por la dificultad que tiene para saber asignar la respuesta adecuada a la pregunta que se les realiza y por la necesidad del paciente de descansar cuando está realizando el cuestionario.

- **ESAS:** escala multimodal. Es una de las escalas más utilizadas en la práctica clínica. Se diseñó para pacientes en cuidados paliativos, es de fácil comprensión y realización (5 minutos aproximadamente). Consta de 9 ítems y una décimo para que el paciente escriba algún síntoma específico que no esté dentro de esta. Los 9 ítems son los síntomas más comunes en el paciente con cáncer avanzado, de los 9, seis miden el aspecto físico del paciente y los otros tres el aspecto psicológico. Mide la intensidad de los síntomas con escala analógica visual, cada ítem se puntúa de 0 a 10 (siendo 0 ninguna astenia y 10 mayor astenia que pueda sentir).

Si se conoce la causa de la astenia, se puede realizar un tratamiento dirigido:

- **Anemia:** corrección de la anemia si la hubiera, cuya etiopatogenia es multifactorial. Se puede producir por pérdidas de sangre agudas o crónicas, hemólisis hipoproliferativa paraneoplásica, por invasión tumoral de médula ósea, neoplasias hematológicas o por carencias nutricionales (déficit de hierro, folato o vitamina B12) (8).
- **Hormonas tiroideas:** más frecuente en relación al tratamiento con radioterapia, sobre todo en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (9).
- **Colección de desequilibrios electrolíticos.**

Las recomendaciones desde atención primaria para mejorar la astenia son (7):

- **Ejercicio físico:** el aumento de la actividad física puede reducir el cansancio. Los pacientes con cáncer que realizan ejercicio constante (30 minutos al día o 3-4 horas a la semana) presentan menos astenia y duermen mejor. El ejercicio tiene que ser suave, aeróbico ligero

como caminar, bicicleta estática o natación.

- Control nutricional adecuado.
- Medidas psicosociales: reduciendo la tensión, la ansiedad y la depresión se obtiene un efecto beneficioso sobre la fatiga.

2. Náuseas y vómitos

Se presentan en un 50% de los pacientes. Continúan siendo uno de los efectos secundarios que más ansiedad provoca a los pacientes obligando en algunos casos a retrasar tratamientos debido a los efectos secundarios producidos como la deshidratación (10). Atendiendo al régimen de tratamiento: quimioterapia asociada o no a radioterapia. Según las características individuales del paciente:

- Sexo femenino: mayor riesgo de presentar náuseas o vómitos.
- Edad joven.
- Embarazo.

Evolución cronológica:

- Náuseas y vómitos agudos: desde los primeros minutos de la quimioterapia hasta las 24 horas tras el tratamiento. Pico de incidencia las primeras 4-8 horas.
- Náuseas y vómitos diferidos o retardados: a partir de las 24 horas de la administración de la quimioterapia. Incidencia mayor que los agudos (40% de los pacientes), su incidencia y severidad máxima aparece entre las 48-72 horas y pueden durar hasta 6-7 días, en este tipo de vómitos es donde el médico de familia puede prestar más soporte al paciente.
- Náuseas y vómitos anticipatorios: en pacientes que han padecido náuseas y

vómitos con ciclos previos de quimioterapia. Aparecen en casi un 30% de los pacientes, son difíciles de controlar, por ello es importante realizar un control de náuseas y vómitos agudos y diferidos desde el primer ciclo de tratamiento.

Dependiendo del grupo farmacológico hay más o menos probabilidad de desarrollar esta complicación, la quimioterapia y la radioterapia son las que más la producen. El tratamiento quimioterápico con cisplatino tiene un riesgo mayor que con carbonoplatino y oxiplatino; presentan riesgo bajo paclitaxel, docetaxel, etoposido, topotecan, pemetrexed, gemcitabina y riesgo mínimo vinorelbina (10).

La mejor manera de controlarlos es previniendo su aparición, es recomendable que el paciente anote el número de náuseas y vómitos en un calendario para poder predecir y ajustar el tratamiento necesario. Para el control óptimo se pueden combinar diferentes grupos de fármacos antieméticos en función del poder emetógeno del tratamiento oncológico administrado (10) (*tabla 3*).

3. Mucositis

La inflamación y ulceración de la mucosa de la cavidad oral y del resto de tracto gastrointestinal que puede ser causada por la quimioterapia o la radioterapia. Inicialmente suele aparecer sequedad bucal y sensación quemante, pueden evolucionar a dolor severo (11). La clasificación de la mucositis se ofrece en la *tabla 4*. Se estima que el 20-40% de los pacientes que reciben tratamiento sistémico puede presentar mucositis. Los planes de tratamiento con radioterapia y cisplatino en cánceres de cabeza y cuello pueden presentar mucositis en el 40-80% de los pacientes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los pacientes que reciben RT en tumores de cabeza y cuello tienen una intensidad de mucositis oral grado 3 o 4 cercana al 85% (11).

Tabla 3. Enfoque del tratamiento de las náuseas y vómitos en pacientes oncológicos (modificado de la Sociedad Española de Oncología Médica)

TIPO DE QUIMIOTERAPIA	TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	FASE
Quimioterapia altamente emetógena	Antagonista de serotonina + inhibidor del receptor NK-1 + corticoides en fase aguda	Fase retardada: inhibidor NK-1 + corticoides
Quimioterapia moderadamente emetógena	Fase aguda: inhibidor de la 5-HT3 + corticoides +/- inhibidor del receptor NK-1	Fase retardada: corticoides o antiserotorinérgicos.
Quimioterapia poco emetógena	Fase aguda: corticoide o antiserotorinérgico	Fase retardada: corticoide o antiserotorinérgico
Grupos farmacológicos		
-Antagonistas 5HT3: Ondasetron, granizaron, palonosetron. -Inhibidor NK: aprepitant, fosaprepitant, netupitant+palonosetron -Corticosteroides: Dexametasona, metilprednisolona -Antidopaminérgicos: clorprozamina, haloperidol, metoclopramida, cleborida		

Tabla 4. Clasificación de mucositis según la OMS y la National Cancer Institute (NCI)

GRADO	SINTOMATOLOGÍA
Grado 0	No mucositis oral
Grado 1	Eritema y dolor
Grado 2	Eritema y úlceras, capacidad para comer dieta sólida
Grado 3	Úlceras, come dieta líquida (debido a la mucositis)
Grado 4	Úlceras, no es posible la alimentación (debido a mucositis)

Dependiendo del momento de aparición podemos hablar de: *mucositis por toxicidad directa* de los quimioterápicos sobre las células de la capa basal de las mucosas (aparece entre la segunda y tercera semana de tratamiento); *mucositis por toxicidad indirecta*, producida por el efecto citotóxico de la quimioterapia sobre la médula ósea que coincide con el momento nadir de la quimioterapia (7-14 días postquimio), se asocia a neutropenia y su recuperación va asociada al aumento de las cifras de leucocitos. La mucositis suele autolimitarse en el tiempo con una duración media de 14 días. El problema fundamental durante el proceso es la dificultad para la alimentación.

El tratamiento de la mucositis engloba las siguientes acciones (11):

- Higiene bucal con cada comida.
- Enjuagues con anestésicos tópicos como la lidocaína con una dosis diaria no su-

perior a 1,75 mg.

- Fármacos que recubren mucosas.
- Vitamina E (dl-alfa tocoferil acetato) 200-400 mg/día.
- Analgésicos orales.
- Antifúngicos si candidiasis oral (en este caso no utilizar bicarbonato ni clorhexidina por interaccionar con los antifúngicos).

4. Toxicidad cutánea

El 85 % de los efectos secundarios corresponden a erupciones acneiformes, un 15% xerosis, paroniquia, eccema, fisuras, telangiectasias, hiperpigmentación, cambios en el cabello y granuloma piógeno. Aparecen también fenómenos de fotosensibilización, descamación, hiperpigmentación y dermatitis palmo-plantar o síndrome mano-pie (10). No comprometen la vida del paciente, pero tienen un importante impacto en su calidad de vida.

El rash acneiforme o reacción papulopustular, que no es dosis dependiente, se define como una erupción confinada a zonas ricas en glándulas sebáceas como es cara, cuello, zona retroauricular, espalda, parte superior del tórax y cuero cabelludo, pudiendo afectar a otras zonas, pero siempre respetando palmas y plantas. Puede haber lesiones hemorragias y costrosas sobre todo en nariz (10). Normalmente se resuelve entre 4-6 semanas quedando importante sequedad cutánea posterior. Para catalogar la severidad de esta toxicidad se emplea la escala NCI-CTC V3 (tabla 5). La cronología de esta toxicidad pasa por distintas fases:

1. Alteración sensitiva con eritema y edema (semana 0-1) en las zonas afectas.
2. Erupción papulopustular (semanas 1-3).
3. Fase de costra (semanas 3-5).
4. Zona de eritemato-telangiectasia.

La **eritrodisestesia palmoplantar (EPP)** se

presenta inicialmente como disestesias en palmas y plantas seguido de edema y eritema sistémico, intenso y bien delimitado. Progresa a descamación, ulceración, infección y pérdida de la función en casos graves (tabla 6). Aparece durante las primeras 6 semanas con tratamiento dirigido y durante los dos meses de quimioterapia, es dosis dependiente y más frecuente en mujeres de edad avanzada y con compromiso vascular periférico (12). En los casos leves-moderados se requiere tratamiento sintomático con emolientes como la urea, corticoides tópicos, medidas de soporte físico y en los hábitos de higiene y vestimenta. También se han descrito la utilización de anestésicos locales por vía tópica para el tratamiento del dolor y analgésicos por vía oral. En los casos más severos se describe el uso de vitamina E, inhibidores de la COX-2 y corticoides sistémicos e incluso la disminución de dosis o supresión del tratamiento citostático (13).

Tabla 5. Escala NCI-CTC (o CTCAE: Common Terminology Criteria for Adverse Events) v3.0		
GRADO	SINTOMATOLOGÍA	RECOMENDACIONES
Grado 0	No existe toxicidad	--
Grado 1	Afecta a cara. No más síntomas	Jabón antiséptico 2 veces al día +/- corticoides tópicos por la mañana y eritromicina tópica por la noche
Grado 2	Cara + prurito con <50% de superficie corporal	Añadir: antihistamínico tipo hidroxicina 25 mg/8h (si prurito intenso 50 mg/8h, si leve 25 mg/ noche) + doxiciclina 100 mg/24h o minociclina 100 mg/24h. Valorar en dos semanas.
Grado 3	Cara, tórax y espalda o a > 50% de superficie corporal con lesiones confluentes, dolorosas, populares, macollares, vesículas descamativas	Doxiciclina 100 mg/12 horas o minociclina 100 mg/12 horas. Valorar pulsos cortos de corticoides sistémicos (metilprednisolona). Suspender QT 10 días y utilizar corticoides tópicos y tetraciclina oral. *considerar isotretinoína a dosis bajas si no mejoría, pero aumentará xerosis y paroniquia.
Grado 4	Dermatitis exfoliativa generalizada y/o presencia de úlceras	Suspender fármaco y derivar a una unidad especializada.

La **xerosis** aparece a las semanas de iniciar el tratamiento, se localiza principalmente en brazos y piernas y en áreas que han sido afectadas por erupción acneiforme. En manos y pies se puede desarrollar una pulpitis

seca con fisuras y dolor en los dedos. En tratamiento en preventivo con urea al 5-10% evitando además jabones irritantes y duchas largas, usar agua tibia y evitar cremas muy oleosas por el riesgo de foliculitis. (10)

Tabla 6. Clasificación de la eritrodisestesia palmoplantar (EPP)

GRADO	SINTOMATOLOGÍA	COMPLICACIONES
Grado 1	Entumecimiento, parestesias, hormigueo, hinchazón o eritema	No afecta a las actividades de la vida diaria (AVD)
Grado 2	Eritema doloroso con hinchazón	Afecta a las AVD
Grado 3	Descamación, ulceración, ampollas, dolor intenso	Incapacidad para realizar AVD

La **toxicidad tardía** está provocada por el aumento de la supervivencia global de algunas neoplasias, dado que aumenta la esperanza de vida de los pacientes y por ende el aumento de probabilidad de sufrir toxicidad tardía y un aumento de su incidencia es por ello que es de vital importancia el papel del médico de familia para saber reconocerlas, así como un manejo adecuado de las mismas. En la *tabla 7* se enumeran los principales efectos tardíos asociados al tratamiento quimioterápico.

TOXICIDADES MÁS COMUNES EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA, EL PAPEL DEL MÉDICO DE FAMILIA

Verdú Rotular, Algara López et al. (2002), clasifican las toxicidades del tratamiento radioterápico por aparatos:

1. Astenia

El efecto general atribuible a la radiación. Esta astenia no depende del lugar irradiado ni del tipo de tumor, no se han podido identificar factores etiopatogénicos específicos.

2. Efectos cutáneos

- Alopecia por afectación de las células del folículo piloso. Afectación del área radiada, es irreversible si es mayor a 50 Gy, con menor dosis el pelo puede reaparecer tras el tratamiento, ocasionalmente de textura y color diferente al ocasional.
- Dermatitis aguda: efecto más frecuente de la radioterapia externa. Más frecuen-

te en tumores de mama, pulmón, cabeza y cuello.

- El eritema inicial aparece en las primeras 24 horas y alcanza un máximo a partir de la segunda - cuarta semana de tratamiento.

El paciente comienza con prurito por obliteración de glándulas sebáceas, depleción de células proliferativas basales que produce descamación seca, esto puede mantenerse o evolucionar con dolor y edema y continuar su evolución a dermatitis húmeda con vesículas o ampollas, úlceras, hemorragias y necrosis que exija excepcionalmente la suspensión de la radioterapia.

El tratamiento consiste en analgesia, antiinflamatorios y antihistamínicos para el dolor y el, para el prurito se utilizan cremas emolientes, apósitos vaselinados, pomada básica o ungüento emulsionado acuoso.

Si sobreinfección se pautará antibioterapia empírica con amoxicilina/acido clavulánico o cloxacilina.

Durante el tratamiento con radioterapia no se pueden aplicar compuestos que contengan metales ya que puede producir un aumento de dosis recibida a ese nivel.

Tabla 7. Principales efectos tardíos asociados al tratamiento quimioterápico (modificado de la Sociedad Española de Oncología Médica)

EFEECTO TARDÍO	AGENTES CAUSANTES	SIGNOS Y SÍNTOMAS
Déficit cognitivo	Cisplatino, Ifosfamida, 5_FU, Metrotexate, Taxanos, Interferón, Interleukina. RT	Alteraciones del comportamiento. Pérdida de memoria, alteraciones de concentración y atención. Demencia
Pérdida de visión	BCNU, Cisplatino. RT	Pérdida progresiva de agudeza visual, cataratas
Alteraciones en las glándulas lacrimales	5-Fluoruracilo. RT	Disminución de la producción de lágrimas: ojo seco, irritado. Fibrosis del conducto lacrimal: lagrimeo
Pérdida de audición	Cisplatino, carboplatino. RT	Pérdida de audición de frecuencias altas bilateral
Fibrosis o cirrosis hepática	Metrotexate	Ictericia, alteraciones de coagulación, varices esofágicas, encefalopatía
Cardiomiopatía	Antraciclinas, dosis altas de ciclofosfamida	Fatiga, tos, disnea de esfuerzo, edemas en extremidades
Fibrosis pulmonar	Bleomicina, Busulfan, BCNU, Mitomicina-C, Ciclofosfamida, Ifosfamida.	Fatiga, tos, disnea de esfuerzo, mala tolerancia al ejercicio
Insuficiencia renal	Cisplatino, carboplatino	Fatiga, anemia, disminución de orina, edemas
Enteritis	Actinomicina D, Doxorubicina	Dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso
Osteonecrosis	Esteroides, bifosfonatos	Dolor en articulación afectada
Osteopenia	Esteroides, antiestrógenos	Fracturas, dolor
Oligoespermia, azoospermia	Ciclofosfamida, CCNU, BCNU, Procarbazina, Busulfan, Ifosfamida	Atrofia testicular (más blandos y pequeños), infertilidad
Insuficiencia ovárica	Melfalán, Clorambucilo, Busulfán, Mitomicina, Cisplatino, Etopósido, Procarbazina, Tamoxifeno, Anastrozol, Letrozol, Exemestano, Goserelina, Leuprolina	Amenorrea (ausenta de menstruación), acné, sofocos, sequedad vaginal, dispareunia (dolor durante el coito), disminución de la libido, infertilidad

3. Efectos orales

- Mucositis: explicada anteriormente. Suele complicarse con sobreinfección por *Candida* y cede a las 6-8 semanas postratamiento. El 60-90% con RT en tumores de cabeza y cuello presentan mucositis grave.
- Xerostomía: las glándulas salivares son muy sensibles a la irradiación en su aspecto funcional ya durante la primera semana se produce una disminución del flujo de aproximadamente el 50%, que irá disminuyendo con la continuación del tratamiento. La saliva se vuelve densa, pegajosa y viscosa. La xerostomía quedará como secuela irreversible al tratamiento con radioterapia, si bien la mejoría que los pacientes pueden experimentar transcurre un año. Favorece la sobreinfección sobre todo por *Candida* y aumento de la frecuencia de ca-

ries. Existen sustitutos artificiales de saliva.

- Complicaciones orales tardías: la complicación tardía más frecuente es la caries dental secundaria a la disminución y alteración de la saliva, por ello se recomiendan dentífricos ricos en flúor o fluorificaciones. Deberán evitarse las exodoncias de las zonas irradiadas durante el año siguiente al tratamiento por el riesgo de osteoradionecrosis que ello comporta.
- ### 4. Efectos digestivos
- Enteritis: necrosis de las células de las criptas que conlleva a la dilatación y atrofia de las vellosidades. Puede ser aguda o crónica. La aguda se inicia a los pocos días de radioterapia en abdomen, pelvis o recto. Puede aparecer malabsorción. Ocurre en el 70% de los

pacientes que reciben dosis totales de 50 Gy. En el tratamiento se encuentran medidas como dieta libre de lactosa y grasas, dieta baja en residuos. Entre un 5-15% de los pacientes pueden sufrir enteritis crónica que ocurre al año de la irradiación pero puede aparecer en cualquier momento de la vida del paciente. El tratamiento es el mismo que el de la enteritis aguda pero el 2% precisará abordaje quirúrgico.

- Esofagitis: a las dos semanas de iniciada la radioterapia, aparece como dolor retroesternal, pirosis y disfagia. En pacientes irradiados de cabeza, cuello, pulmón o del aérea esofágica.
 - Vómitos: aparecen a las 6-8 horas post irradiación pero la sensación nauseosa puede aparecer en las primeras dos horas.
5. Efectos genitourinarios
- Cistitis: afecta al 37% de los pacientes irradiados por adenocarcinoma de próstata. La cistitis hemorrágica puede aparecer tras más de tres años terminada la radioterapia.
 - Impotencia: aparece en el 30-70% de los pacientes irradiados en región pélvica. Si no hay contraindicación el tratamiento de elección es el sildenafil o inyecciones intracavernosas de alprostadil y las cámaras de vacío.
 - Disfunción hormonal: se puede producir pérdida de la función gonadal con la irradiación de la región pélvica con una dosis entre 5-20 Gy, una dosis de 30 Gy puede producir menopausia en un 60% de las mujeres. Se puede producir estenosis vaginal. Evitar el embarazo durante un año posterior al tratamiento.

La afectación en el ovario se presenta de forma diferida, mientras que en el testículo se presenta de forma aguda produciendo necrosis de espermatogonias y células

germinales (si dosis menor de 5 Gy no son permanentes, produciéndose una oligospermia temporal que puede durar semanas o meses).

BIBLIOGRAFÍA

1. REDECAN. (2024, 26 de enero). Las cifras del cáncer en España 2024. Recuperado de REDECAN. Disponible en: <https://www.redecana.org>.
2. López Verde F. El médico de familia en la atención al paciente con cáncer. Elsevier. 2016; 48(5): 277-278
3. Guillén Ponce C, Molina Garrido MJ. Qué es, cómo funciona y tipos de quimioterapia [Internet]. SEOM. 2023. [febrero 2023] disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-como-funciona-y-tipos-de-quimioterapia>
4. Zamora P. Hormonoterapia o tratamiento hormonal [internet]. SEOM. 2020 [enero 2020] disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/que-es-y-como-funciona-la-hormonoterapia>
5. Remon J. La inmunoterapia del cáncer [Internet]. SEOM. 2022. [diciembre 2022]. Disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/la-inmunoterapia-del-cancer>
6. Urruticoechea A, Hernández Jorge A. Tratamiento biológicos: qué son y cómo actúan. [Internet] SEOM. 2019. [diciembre 2019] disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/nuevos-tratamientos-biologicos-que-son-y-como-actuan>
7. San-Miguel Arregui MT, Bruera E. Evaluación multidimensional de la astenia relacionada con el cáncer. Med Paliat. 2014; 21(1): 21-31
8. Mañas MD, Lázaro C, Galiana J, et al. Características de la anemia en los pacientes oncológicos en tratamiento paliativo. Elsevier. 2015; 22(3): 100-105
9. Ferrer JC, Massó MF, Alba JR. Et al. Hipotiroidismo primario postradioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Elsevier. 2005;52(8): 387-390
10. Blasco A, Caballero C. Toxicidad de los tratamientos oncológicos. SEOM. 2019 [diciembre 2019]. Disponible en: <https://seom.org/guia-actualizada-de-tratamientos/toxicidad-de-los-tratamientos-oncologicos>
11. Jeldres M, Amarillo D, Lorenzo F, García F, Cuello M. Patogenia y tratamiento de la mucositis asociada al tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia en pacientes con cáncer de cabeza y

- cuello. *Rev Urug Med Int.* 2021; 6(1): 4-13
12. González Freire L, Boulosa Sale S, Dávil Pousa MC, Crespo-Diz C. Tratamiento de la eritrodisestesia palmoplantar con una fórmula magistral de urea 20% + triamcinolona acetónido 0,2% + lidocaína 2%. *Rev. OFIL-ILAPHAR* 2022; 32(3):301-303.
 13. Reyes Herrera A. Eritrodisestesia palmoplantar por capecitabina, en una mujer con cáncer de mama. *Dermatol Rev Mex.* 2012; 56(1):71-3.
 14. Verdú Rotellar JM, Algara López M, Foro Arnalot P, Domínguez Tarragona M, Blanch Mon A. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. *Medifam [Internet]*. 2002; 12(7): 16-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000700002&lng=es.

Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (2ª parte)

A session on family doctor values, burnout and how to prevent it (Part 2)

Darwish Mateos S

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Manuel Polaina Bailón. Mengíbar Jaén,

Servicio Andaluz de Salud

Recibido el 29-05-2025; aceptado para publicación el 05-06-2025

Med fam Andal. 2025;2:101-105

DOI: <https://doi.org/10.82033/MEDFAMANDAL.2025.RR1555>

Correspondencia: **Darwish Mateos S**, mail: sdarwish.m@gmail.com

La Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) no es simplemente una especialidad médica, sino un compromiso con las personas, sus circunstancias y su entorno. A diferencia de otras disciplinas, su campo de actuación no se limita a un órgano o aparato específico, sino que se extiende a lo largo del ciclo vital del ser humano, abordando la enfermedad y promoviendo la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

Como se exponía en el anterior artículo (1ª parte) (*), el médico de familia se enfrenta a la complejidad y a la incertidumbre de forma cotidiana, elementos que exigen no solo conocimientos clínicos, sino también habilidades comunicativas, empatía, escucha activa y un compromiso ético constante. La longitudinalidad, la accesibilidad, la atención centrada en la persona, la integralidad y la continuidad asistencial son valores esenciales de la especialidad que contribuyen a generar vínculos sólidos con los pacientes, a mejorar la calidad de vida y a optimizar los resultados en salud (1).

Sin embargo, estos valores pueden verse amenazados cuando los profesionales trabajan en contextos organizativos y estructura-

les que dificultan su puesta en práctica. La sobrecarga asistencial, la burocratización, la escasez de recursos, la presión del tiempo y la falta de reconocimiento profesional generan frustración, desgaste y, en muchos casos, desmotivación. Así, se produce una desconexión entre los valores declarados y la realidad vivida.

EL BURN-OUT. LA ENFERMEDAD DE LA PROFESIÓN

En 1974 Herbert Freudenberger define el burn-out como: “Un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”.

- Agotamiento emocional (AE), que es la disminución de recursos emocionales y personales del profesional. Se traduce en fatiga mental, física y emocional no proporcional a la carga de trabajo.
- Despersonalización (DP), consecuencia del AE. La falta de recursos emocionales lleva al profesional a protegerse frente al usuario, deja de verlo como una persona y lo trata como un objeto,

y se inicia una falta de empatía y de implicación.

- Realización personal (RP), factor protector frente al burnout. El profesional con realización personal alta está motivado, siente que influye positivamente sobre la vida de los pacientes, y es capaz de tratar los problemas emocionales con calma y seguridad.

Los profesionales más vulnerables a padecer burnout son aquellos con interacciones humanas de carácter intenso y duradero (2). El desgaste profesional no solo incide en el propio profesional sino también en los pacientes, con especial relevancia a los efectos adversos (EA), definidos como accidentes inesperados que causan algún daño y que son consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe el paciente y no de la enfermedad que padece (3). La etiología de los EA es multicausal y en su origen están implicados factores relacionados con la prescripción de fármacos, con la comunicación, con la gestión y con los cuidados. Los EA están vinculados, en mayor medida, con los factores estresantes a los que está sometido el médico de familia como son la sobrecarga de demandas asistenciales y los refuerzos percibidos, la falta de autonomía profesional, el deterioro del clima laboral y la falta de apoyo de la organización (4).

En el estudio Minimizing Error, Maximizing Outcome (MEMO) se reportó que los médicos estresados e insatisfechos laboralmente tienen una mayor probabilidad de cometer errores y de ofrecer una atención subóptima al paciente (5). Asimismo, la ansiedad duplica el riesgo de burnout entre el personal de los equipos de atención primaria, cifra que llega al triple en el caso de los médicos de familia (6). En un metaanálisis de 47 estudios sobre 42.473 médicos, se indica que el burnout se relaciona con el doble de probabilidades de estar involucrados en incidentes de seguridad del paciente (7).

ALGUNAS CIFRAS SOBRE EL BURNOUT

En una investigación realizada en España y América Latina se obtuvo como resultado que la prevalencia del burnout en el personal de salud fue: del 14,9% en España, del 14,4% en Argentina, del 7,9% en Uruguay, del 4,2% en México, del 4% en Ecuador, del 4,3% en Perú, del 5,9% en Colombia, del 4,5% en Guatemala y del 2,5% en El Salvador (8). Mientras que en México un estudio constató que «el desgaste profesional y deterioro en la calidad de vida de los residentes desde el inicio de sus estudios, manteniéndose durante el primer año» (9).

El 72% de los participantes son mujeres. La prevalencia de burnout es del 33,8%, siendo del 25,6% el agotamiento emocional, 37,9% la despersonalización y 52,9% la baja realización personal. La prevalencia aumenta de forma significativa en todas las dimensiones a partir del segundo año de residencia, excepto en la realización personal. La prevalencia de malestar emocional es del 40,4%, sin diferencias significativas según año de residencia.

¿BURNOUT EN RESIDENTES DE MFyC?

En un estudio en Unidad Docente de Cataluña: de los residentes con malestar psicológico, el 50,0% presenta también burnout, mientras que este porcentaje es del 22,1% entre los que no presentan malestar psicológico (10). La prevalencia de malestar emocional y de burnout (especialmente en baja realización personal) es elevada en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta es superior a la descrita en estudios previos para otros colectivos de profesionales de la salud y se debe tener en cuenta para desarrollar medidas preventivas.

¿PUEDE TRATARSE/PREVENIRSE?

Este síndrome se puede evitar si se diseñan

e implementan, oportunamente, estrategias para fortalecer el bienestar individual, la conciliación laboral y el desarrollo personal de los profesionales de la salud. Existen evidencias del beneficio de intervenciones y conductas que ejercen un efecto protector y de recuperación dirigidos al propio profesional como planes de autocuidado, prácticas contemplativas (11), implementación de microprácticas, y en casos más severos, soporte con profesionales de la salud mental (12,13).

Es fundamental que las propuestas sean realistas y adaptables, sin limitarse solo a enunciados atractivos que luego no se ejecutan. Establecer reuniones en los equipos, crear oportunidades de revisión y aprendizaje de lo vivido, crear planes de cuidado, estrategias de liderazgo individual o colectivo, solicitar apoyo externo (un psicólogo) son muy importantes, pero pierden valor y utilidad si no se respaldan con la adecuada dotación de personal y recursos en los centros de salud, si no se escuchan y se actúa sobre las necesidades de los profesionales, y si no se motiva a los nuevos especialistas en formación para que sean ellos también los que en el futuro ejerzan su profesión con satisfacción y sin quemarse.

GESTIÓN DE LA PRÁCTICA COTIDIANA: TRABAJAR LOS VALORES CON ACT

La Flexibilidad Psicológica (FP) (*figura*) es el mecanismo que nos permite afrontar los retos que nos impone el mundo, en palabras de Hayes se define como: “la capacidad de sentir y de pensar con apertura mental, de asistir voluntariamente a la experiencia del momento presente y de avanzar en las direcciones que son importantes para nosotros, al tiempo que forjamos hábitos que nos permiten vivir de un modo congruente con nuestros valores y aspiraciones” (14). Se trata de aprender a no evitar lo que nos resulta

doloroso y a aproximarnos al sufrimiento, para poder vivir una vida llena de sentido y de propósito.

Un concepto contrario a éste es el de Rigidez Cognitiva que brevemente, no es más que un intento de evitar las emociones o pensamientos negativos que son consecuencia de experiencias vitales difíciles por las que todos pasamos y que dependen de nuestra historia particular. De acuerdo con O’Connell, esa rigidez psicológica puede convertirse en un predictor de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, estrés, trastornos alimenticios y casi todo el resto de trastornos psicológicos y conductuales (14).

La felicidad en el trabajo puede ser algo disponible, al alcance de todos; no es sinónimo de ausencia de malestar, implica ciertas habilidades que no siempre hemos desarrollado conscientemente y que pueden trabajarse con programas de terapia de tercera generación como el de ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) basado en el mindfulness.



Este sistema se basa en profundizar en seis pilares fundamentales:

- **Conexión:** implica vivir en el momento presente, enfocados y participando plenamente en lo que la vida nos trae.
- **Valores:** no se refiere al concepto moral de lo que hacemos, sino a lo que declaramos valioso o realmente importante.
- **Acción comprometida:** dirigir nuestras acciones a lo que es necesario para crear una vida valiosa para sí.
- **Yo contexto / yo observador:** perspectiva de nosotros mismos que nos permite ver todo lo que sucede en nuestro mundo interno.
- **De-fusión:** relacionarnos con nuestros pensamientos de manera nueva, sin que controlen nuestras acciones.
- **Aceptación:** dar lugar a las sensaciones, pensamientos y emociones difíciles sin tratar de controlarlos o evitarlos.

CONCLUSIONES

Identificar y conectar con nuestros valores profesionales como médicos de familia, refuerza la motivación por nuestra labor, nos muestra la importancia de lo que desempeñamos y puede aumentar el bienestar tanto de médicos especialistas como residentes y futuros profesionales.

El burnout cursa con falta de conexión con estos valores. Puede derivarse de una falta herramientas individuales para afrontar las dificultades pero también de recursos y organización laboral. Existen herramientas psicológicas para prevenirlo, pero es necesario también el compromiso de todos los niveles de la administración y gestión profesional.

Trabajar sobre nuestros valores profesionales con herramientas como ACT, nos ayuda

a mejorar nuestra flexibilidad psicológica. Esto contribuiría a que nuestro desempeño se haga de una manera plena y satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

- (*) Darwish Mateos S. Una sesión sobre los valores del médico de familia, el burnout y cómo prevenirlo (1ª parte). *Med fam Andal.* 2025; 26: 38-45. Disponible en: <https://www.samfyc.es/revista/una-sesion-sobre-los-valores-del-medico-de-familia-el-burnout-y-como-prevenirlo-la-parte/>
1. Álvarez Montero S. Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia. *Aten Primaria.* 2017;49(4):248-252. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.01>
 2. Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención primaria. *Aten Primaria.* 2015; 47: 25-31.
 3. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
 4. Denning M, Goh ET, Tan B, Kanneganti A, Almonte M, Scott A, et al. Determinants of burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A multinational cross-sectional study. *PLoS One.* 2021;16:e0238666.
 5. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev.* 2007; 32:203-212. <https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
 6. Goldberg DG, Soylu TG, Grady VM, Kitsantas P, Grady JD, Nichols LM. Indicators of Workplace Burnout among Physicians, Advan-

- ced Practice Clinicians, and Staff in Small to Medium-Sized Primary Care Practices. *J Am Board Fam Med.* 2020; 33:378-385. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.03.190260>
7. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2018; 178:1317-1331.
 8. Arayago R, González A, Limongi M, Guevara H. Síndrome de Burnout en residentes y especialistas de anestesiología. *Rev Salus UC.* 2016; 20:13-21.
 9. Medina ML, Medina MG, Gauna N, Molfino L, Merino L. Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Rev Inv Ed Med.* 2017; 6:160-168.
 10. Ovejas-López A, Izquierdo F, Rodríguez-Barragán M, Rodríguez-Benítez J, García-Batanero M, Alonso-Martínez M, Alonso-Masanas C. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria.* 2020;52(9): 608-616. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>
 11. Aranda Auserón G, Elcuaz Viscarret MR, Fuertes Goñi C, Güeto Rubio V, Pascual Pascual P, Sainz de Murieta García de Galdeano E. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2018; 50:141-150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
 12. Valiente Millán ML, Méndez Iglesias SM, Morales Serrano JM, Arroyo de la Rosa AJ. Cansados de estar cansados. El impacto de la pandemia en el colectivo de Medicina Familiar: valoración y propuestas de mejora. *Rev Clin Med Fam.* 2021; 14:169-172.
 13. Fessell D, Cherniss C. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and beyond: Micropractices for burnout prevention and emotional wellness. *J Am Coll Radiol.* 2020; 17:746-748. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.03.013>
 14. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. *Prev Sci.* 2008;9(3): 139-52. doi: 10.1007/s11121-008-0099-4. Epub 2008 Aug 9. PMID: 18690535; PMCID: PMC2727477.
 15. O'Connell M. Una vida valiosa. Los procesos de la terapia de aceptación y compromiso. Barcelona: Ediciones B; 2018.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión del abordaje integral del paciente con TDAH: enfoque familiar y comunitario para el médico de familia

Review of the comprehensive approach to patients with ADHD: a family and community focus for family doctors

Mesa Rodríguez P¹, Borja Santiago N²

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camas. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Vocal de formación SAMFyC

²Enfermera. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud

Recibido el 19-01-2025; aceptado para publicación el 16-07-2025.

Med fam Andal. 2025;2:106-116

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.AR1545>

Correspondencia: Pedro Mesa Rodríguez, mail: pemero85@gmail.com

RESUMEN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición frecuente y conocida entre los niños, pero potencialmente desconocida, en la población adolescente y adulta. Mucho más frecuente en los varones, los síntomas se suelen detectar en la educación primaria, persistiendo hasta la edad adulta, aunque las manifestaciones van variando a lo largo del tiempo.

El TDAH requiere un abordaje multidisciplinario en diagnóstico y tratamiento. Los médicos de atención primaria juegan un papel fundamental en pacientes con TDAH, pero se necesita mayor formación específica en este campo. El trastorno tiene un gran impacto en aspectos sociosanitarios con posibles consecuencias legales, incluyendo un mayor riesgo de comportamiento delictivo y accidentes de tráfico.

Los familiares de niños con TDAH presentan una menor calidad de vida, y el abordaje y sobrecarga familiar, debe estar a cargo del médico de familia. Debiendo adoptar el

enfoque “cuidar al cuidador”. El tratamiento farmacológico tanto con medicaciones estimulantes como con no estimulantes, es una parte fundamental en el manejo de estos individuos.

El artículo enfatiza la necesidad de un diagnóstico preciso, un tratamiento individualizado y un seguimiento continuo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias. La atención integral que la atención primaria puede ofrecer es fundamental para el manejo efectivo de las personas con TDAH.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a common and well-known condition among children, but potentially unknown among adolescents and adults. Much more common in males, symptoms are usually detected in primary school and persist into adulthood, although manifestations vary over time.

ADHD requires a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. Primary care physicians play a key role in pa-

tients with ADHD, but more specific training in this field is needed. The disorder has a major impact on social and health aspects with possible legal consequences, including an increased risk of criminal behaviour and traffic accidents.

The relatives of children with ADHD have a lower quality of life, and the family approach and overload should be handled by the family doctor. The ‘care for the carer’ approach should be adopted. Pharmacological treatment with both stimulant and non-stimulant medications is a fundamental part of the management of these individuals.

The article emphasises the need for accurate diagnosis, individualised treatment and continuous follow-up to improve the quality of life of these patients and their families. The comprehensive care that primary care can offer is essential for the effective management of people with ADHD.

INTRODUCCIÓN

Según el DSM-5 el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una condición presente en diversas sociedades, que afecta aproximadamente al 5% de la población infantil y a un 2,5% de los adultos. El TDAH es más común en varones, con una proporción de 2:1 en niños y 1,6:1 en adultos. Las mujeres tienden a mostrar más síntomas de inatención que los hombres (1).

El TDAH suele detectarse principalmente en los años de educación primaria, cuando los problemas de atención se vuelven más evidentes y afectan al niño en el aspecto académico. Durante la adolescencia temprana, la condición se suele mantener constante, aunque en algunos casos puede agravarse, manifestando conductas antisociales. A medida que los individuos con TDAH crecen y entran en la adolescencia y la edad adulta, los signos de hiperactividad

física generalmente disminuyen en intensidad. Sin embargo, es común que persistan otros problemas como la agitación interna, la falta de atención, la dificultad para planificar y la tendencia a actuar impulsivamente. (Tabla 1) (1)

La inatención y la impulsividad suelen ser los síntomas más prominentes en adultos con TDAH. Estos pueden manifestarse como dificultades en la planificación, organización y finalización de tareas, así como en la toma de decisiones impulsivas. Los problemas de atención pueden afectar significativamente el rendimiento laboral y las relaciones interpersonales. (Tabla 1)

Sin embargo, es importante destacar que la presencia de síntomas como la falta de atención o la impulsividad no es indicativa de una menor capacidad intelectual en individuos con TDAH. Por el contrario, estas personas pueden demostrar niveles de inteligencia excepcionales, llegando incluso a manifestar rasgos de genialidad en ciertos campos. (Imagen) (2)



Imagen. La genialidad dentro del TDAH: La genialidad de Leonardo Da Vinci. Marco (Catani M, Mazzeo P, Matter G Leonardo da Vinci: a genius driven to distraction, Brain, 2019; 42(6): 1842–1846)

Tabla1. Criterios diagnósticos de TDAH del DSM-5

Tabla DSM-5 Clasificación TDAH

<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p> <p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:</p> <p><i>Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</i></p> <p>a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).</p> <p>b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).</p> <p>c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).</p> <p>d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas, pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).</p> <p>e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo).</p> <p>f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, revisar artículos largos).</p> <p>g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).</p> <p>h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayo-res y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).</p> <p>i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a citas).</p>	<p>2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante, al menos, 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:</p> <p><i>Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</i></p> <p>a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.</p> <p>b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).</p> <p>c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (<i>Nota:</i> En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)</p> <p>d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.</p> <p>e. Con frecuencia está "ocupado," actuando como si "lo impulsara un motor" (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo).</p> <p>f. Con frecuencia habla excesivamente.</p> <p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej. no respeta el turno de conversación).</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).</p> <p>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, inmiscuirse o adelantarse a lo que otros hacen).</p> <p>B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.</p> <p>C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).</p> <p>D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.</p> <p>E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad...).</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.</p> <p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.</p> <p>Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre "leve" y "grave".</p> <p>Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.</p>	

MEDICINA FAMILIAR Y TDAH

La gran mayoría de los niños en edad previa a la adolescencia, entre un 80% y un 85%, siguen manifestando indicios durante su etapa adolescente. Más adelante, casi tres de cada cinco individuos continúan presentando estas señales en su vida adulta. (3)

Existe una inquietud sobre la posible relación entre la falta de formación adecuada de los médicos de atención primaria que tratan a estos pacientes jóvenes y el aumento en las tasas de diagnóstico y tratamiento del TDAH. (4) Esta situación subraya la necesidad de mejorar la capacitación de los médicos de familia que atienden a individuos con TDAH.

Para optimizar el cuidado de adolescentes con TDAH, es crucial que los médicos de atención primaria adopten un enfoque evolutivo, considerando cómo los síntomas y los tratamientos cambian durante la adolescencia y la edad adulta. Existen dos transiciones críticas en la atención: primero, cuando el niño pasa a un sistema de salud enfocado en adolescentes, y segundo, cuando el adolescente ingresa al sistema de adultos, que podría estar menos familiarizado con el trastorno. (3)

Reconociendo estos desafíos, los sistemas de atención están comenzando a implementar rangos de edad más flexibles (por ejemplo, de 18 a 21 años) en lugar de cortes estrictos a una edad específica. Sin embargo, independientemente de esto, el plan de atención se vuelve más complejo y generalmente requiere un enfoque multidisciplinario.

Este enfoque integral debe incluir aportaciones de profesionales de salud mental, atención primaria, educación y formación profesional, servicios sociales, y perspectivas legales o correccionales. La colaboración entre estas diversas disciplinas es esencial para abordar las múltiples facetas

del TDAH en adolescentes y garantizar una transición suave hacia la atención en la edad adulta. (4) Es de especial interés la colaboración entre el equipo docente, atención primaria y especializada con las familias.

Desafortunadamente, no nos consta un estándar mínimo aceptable de formación en TDAH para los médicos de familia. Esto incluye la falta de uniformidad en los conocimientos, la supervisión de casos y el acceso a expertos para consultas. (5) Aunque más del 90% de los pediatras dicen conocer las guías sobre TDAH, parece que alrededor del 60% de los médicos de familia están familiarizados con ellas. (6)

Los principales obstáculos para diagnosticar TDAH en atención primaria parecen ser la escasa experiencia con casos en adultos y la dificultad para diferenciarlo de otras condiciones. Esto puede llevar a que los médicos de familia sientan que el TDAH esté fuera de su campo de práctica o pasen por alto diagnósticos importantes. (3)

El diagnóstico y tratamiento del TDAH en adolescentes presenta desafíos adicionales para los médicos de familia. La hiperactividad, el síntoma más evidente, tiende a disminuir en la adolescencia. Otros síntomas como la impulsividad y la falta de atención pueden confundirse con comportamientos típicos de la edad. Además, las crecientes responsabilidades y expectativas de organización en la adolescencia pueden hacer difícil distinguir entre una “inmadurez normal” y el TDAH. Sin embargo, es crucial hacer esta distinción, ya que las consecuencias de la falta de atención y la toma de riesgos durante la adolescencia pueden tener impactos significativos a largo plazo, tanto para adolescentes con TDAH como sin él. Un diagnóstico preciso es esencial para determinar el tipo de intervención más apropiado. (3)

Una valoración neuropsicológica completa proporciona datos objetivos sobre el rendimiento cognitivo del paciente, permitiendo distinguir entre diferentes trastornos que pueden presentar sintomatología similar. Esta evaluación resulta esencial para: descartar otros problemas de aprendizaje mediante la valoración exhaustiva de las funciones ejecutivas; objetivar la capacidad de atención y su impacto en el rendimiento académico; identificar fortalezas y debili-

dades cognitivas específicas que orienten la intervención; y establecer un plan de tratamiento personalizado basado en evidencia. (7)

El correcto diagnóstico diferencial evita intervenciones inadecuadas y garantiza que el paciente reciba el apoyo específico que necesita, optimizando así su desarrollo educativo y personal. (Tabla 2) (8)(9)

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del TDAH

Patologías neurológicas	Patologías psiquiátricas	Patologías neurodesarrollo
Epilepsia de ausencia: los episodios de desconexión pueden simular un déficit de atención.	Trastornos del estado de ánimo: tanto la ansiedad como la depresión se pueden manifestar de manera similar al TDAH.	Discapacidad intelectual
Alteraciones tiroideas, que se pueden manifestar como inquietud motora (hipertiroidismo) o apatía y cansancio (hipotiroidismo).	Trastorno de conducta, o trastorno oposicionista desafiante: aunque también presentan comportamiento disruptivo, su conducta se caracteriza más por intención de dañar, ausencia de remordimiento, hostilidad o rebeldía.	Trastornos del espectro autista
Trastornos del sueño: la privación de sueño en los niños se puede manifestar como inquietud motora o irritabilidad y repercutir negativamente en el rendimiento escolar.	Trastorno de adaptación: suele haber un inicio reciente con un claro desencadenante	Trastornos específicos del aprendizaje
Síndrome de piernas inquietas: las alteraciones sensitivas pueden hacer que el niño se mueva más de lo habitual, simulando hiperactividad.	Trastorno bipolar: se manifiesta por un estado de ánimo expansivo, con grandiosidad y manía.	Tics / Síndrome de la Tourette
Otros: otras enfermedades como la enfermedad celiaca, anemias y, en algunos casos, tumores cerebrales o cuadros neurodegenerativos pueden manifestarse como TDAH, generalmente con características atípica.		Altas capacidades

Los síntomas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención pueden manifestarse simultáneamente con diversos trastornos, incluyendo retraso mental, trastornos de aprendizaje, del desarrollo, del comportamiento, de ansiedad, del estado de ánimo y abuso de sustancias. Por ello, es importante el abordaje familiar, dado que son los encargados del bienestar de estas personas. También pueden estar relacionados con factores ambientales como estrés, negligencia/abuso infantil, malnutrición o inconsistencia en pautas educativas. Asimismo, pueden asociarse a trastornos médicos como encefalopatías, epilepsia, trastornos del sueño, déficits sensoriales, efectos secundarios de fármacos, disfunción tiroidea, intoxicación por plomo o anemia ferropénica. La mayoría de estos trastornos pueden identificarse mediante una valoración clínica completa. (9)

IMPACTO SOCIAL Y LEGAL DEL TDAH

Las disfunciones ejecutivas, atencionales y las dificultades en el control de la impulsividad y de la autorregulación emocional, también son comunes en el TDAH a la población con tendencias potencialmente delictivas. (10) Junto con otras comorbilidades coexistentes en el TDAH con posible repercusión médico legal como el mayor consumo de estupefacientes y alcohol en esta población.

El 36,6% de los pacientes con TDAH entre 2006 y 2009 en Suecia habían sido condenados por algún delito. (11) Es importante destacar que el adecuado tratamiento farmacológico parece reducir de forma drástica las tasas de delito, alcanzando una mejoría del 32% en hombres y un 41% en mujeres, por lo que tratar a estos pacientes parece reducir significativamente la recidiva colectiva. (10)

Los jóvenes con TDAH un riesgo significativamente mayor de verse involucrados en accidentes de tráfico en comparación con aquellos sin TDAH. Las estadísticas muestran que este grupo tiene tasas mucho más elevadas de infracciones de las normas de circulación y siniestralidad vial. (10)

Las principales irregularidades en la conducción asociadas al TDAH incluyen:

- Menor atención a las señales de tráfico.
- Tendencia al exceso de velocidad.
- Mayor frecuencia de infracciones del código de circulación.
- Acumulación de multas de tráfico.

Estos comportamientos de riesgo en la conducción están directamente relacionados con los síntomas característicos del TDAH, como la falta de atención, la impulsividad y la hiperactividad. Es crucial abordar esta problemática para mejorar la seguridad vial de los jóvenes con TDAH y reducir el riesgo de accidentes de tráfico en este grupo poblacional. (12)

El protocolo andaluz de 2021 para las personas con TDAH enfatiza los derechos de las personas con necesidades educativas especiales, así como la integración tanto laboral como educativa y la importancia de respetar y proteger estos derechos para mejorar la calidad de vida de estas personas. (13)

IMPACTO EN LA FAMILIA DEL TDAH

Las familias con niños que presentan TDAH, especialmente aquellos con síntomas de oposición desafiante, experimentan una calidad de vida significativamente menor. Esto se refleja particularmente en la satisfacción personal y el bienestar psicosocial de los padres y otros miembros de la familia. (14) Es tan importante tratar al TDAH como a los padres, entendiendo el concepto de “cuidar al cuidador”:

La crianza de un niño con TDAH puede afectar negativamente diversos aspectos de la vida familiar afectando a la salud física de los padres, así como al bienestar psicológico de la familia. Muchas veces afecta a las relaciones sociales familiares y a las dinámicas sociales de ésta.

Es importante destacar la relación bidireccional entre el bienestar de los padres y el ajuste del niño con TDAH. Cuando los padres experimentan estrés crónico, depresión o aislamiento social debido al cuidado de su hijo, esto puede alterar las conductas parentales y el entorno del hogar, lo que a su vez puede exacerbar los síntomas del niño. (14)

Para mejorar la situación familiar, se recomienda:

- Implementar intervenciones psicosociales adaptadas al contexto cultural de la familia
- Mejorar la capacidad de afrontamiento de los padres
- Proporcionar apoyo para mejorar la calidad de vida de los padres
- Facilitar intervenciones que beneficien el bienestar general de la familia

Es fundamental reconocer que tanto madres como padres pueden verse afectados en términos de calidad de vida, aunque algunos estudios sugieren un mayor impacto en las madres. El apoyo integral a toda la familia es esencial para lograr resultados más positivos en el desarrollo, la salud y la calidad de vida de los niños con TDAH. (14) Enfatizar la importancia del concepto “cuidar al cuidador”. Este enfoque integral reconoce que el bienestar de los cuidadores es crucial para el manejo efectivo del trastorno y el desarrollo saludable del niño con TDAH.

TRATAMIENTO DEL TDAH POR EL MÉDICO DE FAMILIA

El tratamiento farmacológico en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una parte importante del manejo integral de esta condición. La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico se toma después de un proceso exhaustivo de evaluación y diagnóstico, que incluye:

- Exploración física completa.
- Valoración con familia.
- Seguimiento del rendimiento académico/laboral.
- Evaluación de la interacción familiar.
- Valoración del entorno psicosocial.

Este enfoque multidimensional permite al médico de familia realizar un diagnóstico preciso de TDAH, descartando posibles comorbilidades. Una vez establecido el diagnóstico, y tras un seguimiento longitudinal de varios meses, se puede considerar la implementación de un tratamiento farmacológico como parte de un plan de manejo integral del TDAH. (15) (16)

Se recomienda realizar una evaluación física completa antes de iniciar tratamiento para TDAH, incluyendo tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso, talla y antecedentes cardiovasculares personales y familiares. Posteriormente, se aconseja un seguimiento durante los tres primeros meses para valorar presión arterial, frecuencia, peso, talla, eficacia y tolerabilidad del tratamiento. (9)

Actualmente tanto el tratamiento farmacológico como el conductual son considerados de primera elección para el TDAH, debiendo adaptarse según el entorno del paciente, edad, evolución, gravedad de síntomas, repercusión funcional y preferencias familiares. El médico de familia tiene una posición privilegiada para optimizar el tratamiento

considerando los recursos disponibles en el entorno del paciente.

El protocolo andaluz señala la importancia de la formación y coordinación en esta patología tanto en los profesionales sanitarios como en los docentes, indicando que se establecerán medidas de evaluación y seguimiento para garantizar la efectividad de la implantación del protocolo. (13)

***Terapia con fármacos estimulantes**

Diversas revisiones sobre medicamentos estimulantes incluyen a adolescentes, aunque son escasas las que se enfocan específicamente en este grupo concreto. Los fármacos estimulantes se consideran el tratamiento más efectivo para mitigar los síntomas del TDAH, con un impacto significativo tanto en adolescentes como en niños. (Tabla 3) (16)(17)(18)(19)

Es interesante notar que, de manera similar a los niños, los adolescentes con TDAH tienen dificultades para distinguir entre un placebo y un medicamento estimulante en ensayos. (20) Además, es poco probable que atribuyan su rendimiento, ya sea positivo o negativo, al hecho de estar tomando medicación. Esto podría resultar en una menor motivación para seguir las indicaciones médicas si no perciben beneficios inmediatos.

Es crucial evaluar y monitorear los cambios en los efectos secundarios y síntomas mediante escalas de calificación estandarizadas. Existe evidencia de una correlación moderada entre la reducción de las puntuaciones clínicas y las mejoras funcionales.

(16)

***Tipos de estimulantes y consideraciones**

Los estimulantes se pueden clasificar principalmente en productos basados en metilfenidato y anfetaminas. Los medicamentos de metilfenidato suelen ser la primera opción de tratamiento para adolescentes debido a sus efectos más duraderos y equilibrados sobre la noradrenalina y la dopamina. (21) (Tabla 3)

Es importante considerar los efectos secundarios comunes, como la reducción del apetito y los trastornos del sueño. Se pueden implementar estrategias para mitigar estos problemas, como ofrecer opciones de alimentos calóricos y ajustar los horarios de dosificación.

***Medicamentos no estimulantes**

Los fármacos no estimulantes pueden utilizarse como tratamiento único o complementario. Entre los más recetados se encuentran la atomoxetina, el bupropión y los agonistas alfa-adrenérgicos como la guanfacina y la clonidina. (22) Es importante discutir las advertencias de seguridad asociadas con estos medicamentos, especialmente en el caso de la atomoxetina. (Tabla 3)

El seguimiento regular es fundamental para garantizar un tratamiento adecuado. Se recomienda realizar visitas frecuentes para ajustar la medicación y evaluar el progreso hacia los objetivos conductuales y funcionales establecidos.

Tabla 3. Fármacos para el tratamiento del déficit de atención e HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Psicoestimulantes			
1. Metilfenidato		Dosis	Duración efecto
1.1. Acción Corta	Rubifen [®] (indicado en niños, no en adultos) (no evaluada eficacia en < 6 años)	5 mg cada 12 a 24 horas incrementando en 5-10 mg/24 horas hasta dosis de mantenimiento. Dosis máxima 60 mg/24 horas.	1 a 4 horas.
	Medicebran [®] (indicado en niños, no en adultos) (no evaluada eficacia en < 6 años)	5 mg cada 12 a 24 horas incrementando en 5-10 mg/24 horas hasta dosis de mantenimiento. Dosis máxima 60 mg/24 horas.	1 a 4 horas.
1.2. Acción intermedia	Medikinet [®] (indicado en niños, no en adultos) (no evaluada eficacia en < 6 años)	5 mg cada 12 a 24 horas incrementando en 5-10 mg/24 horas hasta dosis de mantenimiento. Dosis máxima 60 mg/24 horas.	2 fases: con una primera fase inmediata y una meseta de 3-4 horas y duración total 8 horas.
	Equasym [®] (indicado en niños, no en adultos) (no evaluada eficacia en < 6 años)	5 mg cada 12 a 24 horas incrementando en 5-10 mg/24 horas hasta dosis de mantenimiento. Dosis máxima 60 mg/24 horas.	2 fases: absorción de liberación inmediata a las 1-2 horas y duración total en la segunda fase hasta 8 horas.
1.3. Acción prolongada	Concerta [®] (puede usarse en mayores de 18 años)	18 mg 1 vez al día en mayores de 6 años y en pacientes que toman actualmente metilfenidato 3 veces al día dosis de 15 a 60 mg/día. (Ej. 5 mg 3 veces al día metilfenidato equivalente a 18 mg de liberación prolongada).	Liberación lenta con concentración máxima a las 6-8 horas.
	Atenza [®] (no está destinado a adultos)	18 mg/24 horas por la mañana la dosis puede subirse a 18 mg/24 horas hasta una dosis máxima de 54 mg/24 horas.	Liberación lenta con concentración máxima a las 6-8 horas.
	RubiCrono [®] (no destinado a adultos)	Inicialmente 18 mg/24 horas, la dosis puede aumentarse en 18 mg/24 horas hasta dosis máxima de 54 mg/24 horas.	Liberación lenta con concentración máxima a las 6-8 horas.
	Rubifen prolong [®] (no destinado a adultos)	Iniciar a dosis mínima de 5 mg/24 horas hasta ajustar con una dosis máxima de 60 mg/24 horas.	2 fases: liberación inmediata a las 1-2 horas alcanzando una concentración máxima a las 4,5 horas y los efectos mantienen 8 horas (jornada escolar).
2. Dextroanfetamina		Dosis	Duración efecto
2.1 Acción larga	Lisdexanfetamina dimesilato (Elvanse [®]) (puede usarse en adultos)	Inicialmente 30 mg/24 horas y puede aumentarse a 20 mg/24 h semanalmente con dosis máxima de 70 mg/24 horas.	Se absorbe rápidamente a la hora, los niveles máximos son a las 3,5—3,8 horas. Sus niveles son indetectables al cabo de 8 horas.
No estimulantes			
		Dosis	Duración efecto
Atomoxetina (inhibidor selectivo de la recaptación Noradrenalina)	Strattera [®] (puede usarse en adultos)	A partir de 6 años inicialmente a 0,5 mg/kg, dosis de mantenimiento 1,2 mg/kg/24h. >70 Kg Inicialmente 40 mg/24 horas con dosis de mantenimiento a 80 mg/24 horas. Dosis máxima 100 mg y no se han encontrado beneficios adicionales en >80 mg.	Absorción rápida 1-2 h y la excreción es por orina con vida media de 3,6 h.
Guanfacina	Intuniv [®] (niños y adolescentes de 6 a 17 años)	Inicialmente 1 mg/24 horas en niños y adolescentes incrementando 1 mg/24 horas cada semana hasta dosis de mantenimiento normalmente 0,05 – 0,12 mg/kg/24 horas.	Absorción buena oral con tiempo de vida 5 horas.
Otros fármacos con evidencias de su eficacia en el TDAH, pero sin indicación en ficha técnica en España			
Bupropión			
Desimiparina			
Reboxetina			
Adaptación de: Quintero J, Morales I, Rodríguez-Quiroga A, Álvarez-Mon Soto M. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Formación Médica Actualizada. 2021; 13(46): 2698-2708) (23)			

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®). 5a Ed. Arlington; 2014.
2. Catani M, Mazzarello P, Matter G. Leonardo da Vinci: a genius driven to distraction. *Brain*. 2019; 42(6): 1842–6
3. Brahmabhatt K, Hilty DM, Hah M, Han J, Angkustsiri K, Schweitzer JB. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Adolescence in the Primary Care Setting: A Concise Review. *J Adolesc Health*. 2016;59(2):135-43.
4. Hinshaw S. Schletter R. *The ADHD explosion: Myths, Medication, Money and Today's Push for Performance*. Nueva York: Oxford University Press; 2014.
5. Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;114(1): e23-8.
6. Goodman DW, Surman CB, Scherer PB, Salinas GD, Brown JJ. Assessment of physician practices in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. (2012) *Prim Care Companion CNS Disord*. 2012. Available in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23251858/>
7. Abramov DM, Cunha CQ, Galhanone PR, Alvim RJ, De Oliveira AM, Lazarev VV. Neurophysiological and behavioral correlates of alertness impairment and compensatory processes in ADHD evidenced by the Attention Network Test. *PLoS. One*. 2019;14(7):e0219472.
8. Escofet Soteras C, Fernández Fernández MA, Torrents Fenoy C, Martín del Valle F, Ros Cervera G, Machado Casas IS. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protoc diagn ter pediatri*. 2022; 1:85-92.
9. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
10. Andreu C, Letosa J, López M, Mínguez V. Implicaciones forenses en adultos por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Española de Medicina Legal*. 2015; 41 (2): 65-71.
11. Lichtenstein P, Hallder L, Zetterqvist M, Sjölander A, Serlachius E, Fazel S, et al. Medication for attention-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. 2012; 367:2006-14.
12. Chang Z, Lichtenstein P., D'Onofrio BM, Sjölander A, Larsson H. Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3): 319-25.
13. Consejería de Salud y Familias. Protocolo de Atención a Personas con Déficit de Atención e Hiperactividad [Internet]. Consejería de Salud y Familias. 2021 [consultado el 29 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/boja/2021/58/BOJA21-058-00053-5154-01_00189052.pdf
14. Jareebi MA, Alqassim AY, Gosadi IM, Zaala M, Manni R, Zogel T, et al. Quality of Life Among Saudi Parents of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study. *Cureus* [Internet]. 2024;16(7): e63911. Disponible en: [Quality of Life Among Saudi Parents of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study - PMC \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1089052/)
15. Buñuel Álvarez JC. Evidencias sobre la efectividad del tratamiento farmacológico de la hiperactividad en los niños. *FMC*. 2009; 16 (7): 424-31.
16. Brahmabhatt K, Hilty DM, Hah M, Han J, Angkustsiri K, Schweitzer JB. Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder During Adolescence in the Primary Care Setting: A Concise Review. *J Adolesc Health*. 2016;59(2):135-43.
17. Biederman J, Spencer T, Wilens T. Evidence-based pharmacotherapy for attention-deficit hyperactivity disorder *Int J europsychopharmacol*. 2004; 7:77-97
18. Spencer TJ. ADHD treatment across the life cycle. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 (3):22-6.
19. Evans SW, Pelham WE, Smith BH, Bukstein O, Gnagy EM, Greiner AR, et al. Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behaviour in adolescents with ADHD. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2001;9(2):163-75.
20. Pelham WE, Gnagy, EM Sibley, MH. Attributions and perception of methylphenidate effects in adolescents with ADHD *J Atten Disord*. 2013;
21. Heal DJ, Smith SL, Findling RL. ADHD: current and future therapeutics. *Curr Top Behav Neurosci*. 2012;9: 361-90.
22. Clavenna A, Bonati M. Safety of medicines used for ADHD in children: a review of published prospective clinical trials. *Arch Dis Child*. 2014; 99(9):866-72.
23. Quintero J, Morales I, Rodríguez-Quiroga A, Álvarez-Mon Soto M. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. *Formación Médica Actualizada*. 2021; 13(46): 2698-708

PREGUNTAS

1. ¿Qué porcentaje de la población adulta se ve afectada por el TDAH según el DSM-5?

- a) 1.5%
- b) 2.5%
- c) 3.5%
- d) 4.5%

2. ¿Cuál es la proporción de TDAH entre hombres y mujeres en adultos?

- a) 1.2:1
- b) 1.4:1
- c) 1.6:1
- d) 1.8:1

3. ¿Qué porcentaje de mejoría en las tasas de delito se observa en mujeres con tratamiento farmacológico adecuado?

- a) 31%
- b) 36%
- c) 41%
- d) 46%

4. ¿Cuál es el primer fármaco de elección para el tratamiento del TDAH en adolescentes?

- a) Atomoxetina
- b) Bupropión
- c) Metilfenidato
- d) Clonidina

5. ¿En qué etapa educativa suele detectarse principalmente el TDAH?

- a) Educación infantil
- b) Educación primaria
- c) Educación secundaria
- d) Educación universitaria

Respuestas correctas: 1.b; 2.c; 3.c; 4.c; 5.b.

Reunificación de sociedades científicas de médicos de atención primaria

Reunification of scientific societies of primary care physicians

Quesada Jiménez F, y Grupo de trabajo de SAMFyC Seniors

Medicos de Familia

Recibido el 28-05-2025; aceptado para publicación el 03-06-2025

Med fam Andal.2025;2:117-120

Siempre nos hemos preguntado por qué no hemos conseguido los médicos de Atención Primaria de España, funcionar de manera coherente y coordinada a lo largo de los años.

Aún hoy, ya jubilados, seguimos repasando en que hemos fallado, y si lo pudiéramos haber hecho bastante mejor.

Es por ello por lo que creemos que se puede romper una lanza por la unificación de todas las Sociedades que trabajan en y para en la APS (Atención Primaria de Salud).

La verdad es que aún hoy las cosas están muy recientes y pasa como con la guerra civil, que a veces se levantan ampollas. Por ello no tenemos tan claro que convenga remover el barro ahora...a lo mejor hay que esperar a que nuestros hijos lo hagan, pero... ¿tenemos tiempo?

Contaba un cardiólogo (tampoco sé si es cierto o no) que cuando se creó la especialidad, había cardiólogos de escuela, y otros que se apuntaban unos años al Colegio, y les valía. Y dijeron: admitimos a todos, pero

a partir de ahora solo se pueden formar con los criterios nuevos. Y evitaron muchos problemas.

Aunque ya no sirva de nada, parte de la responsabilidad de esa falta de unificación podría caer sobre los médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Me imagino que todos tendremos “vela en este entierro”.

Aunque han pasado muchos años, podemos asegurar que el origen de la división fue multicausal y complejo. De un lado, una parte de la responsabilidad de esa falta de unificación recae en los médicos especialista en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR. De otro lado, la posición de los Médicos Generales APD (Asistencia Pública Domiciliaria) y de Zona en esa época. Y finalmente, la presión demográfica de los médicos en paro recién licenciados.

De todas formas, no es el momento de plantear aquello tan frecuente en nuestro espacio político actual: “... ¡Y tu más!... si lo que deseamos es aunar esfuerzos unificadores.

La misma creación de la especialidad de MFyC se vivió en algunos sectores profesionales (de la futura A.P.) como una amenaza, esto junto con nuestra visión de la especialidad y la reforma sanitaria contribuyó a un distanciamiento e intereses no compartidos o que creímos que no compartiríamos...era una visión a corto plazo...que condicionó la separación de sociedades...

Al empezar nuestra especialidad, en 1978, nosotros llevábamos muy a gala que solo podía ser miembro de la semFYC el que hubiera realizado la especialidad vía MIR.

Esto por un lado impidió que personas muy validas tuvieran acceso a la sociedad, y creó mal ambiente y una división real en la APS, entre los "sin título" y los con "título", aunque ambos trabajábamos en el mismo ámbito y con los mismos pacientes.

Posteriormente se tuvieron que realizar cursos tipo ECOE para el acceso al título de MFyC de los que carecían de él. Y la "unión" posterior fue ficticia y fracturada.

Si se hubiera adoptado una opción más generosa, estos inconvenientes se hubieran obviado.

De otra parte, una vez creada la especialidad de MFyC (como especialidad dentro del sistema MIR), hubo un número importante de asociaciones, sindicatos y Médicos Generales que se sintieron amenazados y ninguneados. Pidiendo expresamente la desaparición de MFyC o su salida del sistema MIR y, a veces, la propia reversión del modelo de Equipos de Atención Primaria.

Todo ello en un marco de un gran número de licenciados en medicina en paro con un excedente de profesionales médicos con una única salida laboral como médicos ge-

nerales en Atención Primaria.

Las tres sociedades de Atención Primaria tuvieron que asumir una función de valedoras de intereses laborales, de modelo de atención o de defensa de la especialidad muy presionadas por sus propios colectivos.

El resultado es, que, en lo referente a los médicos, tenemos tres sociedades estatales, con las respectivas divisiones autonómicas.

Y la APS se va deteriorando de forma progresiva, y los miembros de las tres sociedades estamos distanciados y discutiendo por tonterías, cuando estamos en el mismo barco, y, o nos ponemos a remar todos juntos, o el barco se nos hunde. Aunque todos la amemos (a la APS) si no nos coordinamos, la perdemos.

Desde hace más de treinta años, se han hecho intentos de unificarnos, pero sin resultados, y todos tenemos argumentos culpando al otro de por qué no se avanzó.

Esto recuerda a la disputa en un hospital, hace unos años, en que un servicio de radiodiagnóstico tenía casos de errores de endoscopias y viceversa.

Tendríamos que ser capaces de sentar las bases de lo que nos une, y a partir de ahí ir construyendo un camino común.

Ya en 2023 Amando Martín Zurro y Andreu Segura (26 de abril. Redacción Médica) planteaban:

1. ¿La situación de crisis actual de la APyC española habría sido distinta, posiblemente no tan grave, si desde los años 90 los médicos de familia españoles hubiéramos estado **agrupados en una sola sociedad científica**? Si la respuesta a la pregunta es afirmativa parece obvia la necesidad de **acabar con la división ac-**

tual, principalmente para evitar que la crisis que estamos viviendo hoy se haga irreversible y que, en el peor de los casos, haga retroceder más de 40 años los logros alcanzados con la reforma de la APyC.

2. ¿Las actuales sociedades de **Familia y Comunitaria** y APyC agrupan a colectivos profesionales diferentes, con **objetivos divergentes u opuestos y problemas distintos**? Si la respuesta es negativa y resulta que estamos ante un colectivo profesional que, con ligeros matices, puede ser considerado homogéneo, hemos de concluir que **el problema de la división actual no radica en las bases de las sociedades si no en sus cúpulas directivas** y, consecuentemente, hemos de exigir que, de forma inmediata, urgente, acuerden un **proceso de unificación progresivo pero irreversible**.

Y planteaban que:

El diseño de una **Federación Española de Sociedades de Medicina de Familia y Atención Primaria**, con unos estatutos que definan inicialmente unas competencias exclusivas de la directiva federal y otras de cada sociedad integrante podría ser un primer paso en esta línea.

¿Y si a cuenta de los intereses profesionales (legítimos, posiblemente) estamos dejando atrás el debate “científico” sobre la naturaleza y alcance de un campo de conocimiento “especializado” como el de la medicina de familia (y la comunitaria) y la participación en la conversación pública sobre la crisis y futuro de la medicina en general y de la medicina general en particular?

Si hablamos de sociedades “científicas”, las diferencias: ¿son científicas?, sobre el objeto y los métodos y técnicas, por ejemplo,

o son solo profesionales: sobre la competencia para ocupar un espacio de oferta de servicios de manera preferente. Lo mismo habría que hacer una distinción al respecto y decirlo de manera explícita.

En octubre del 2023 **SEMERGEN, semFYC, SEMG y SEMES** mantuvieron una reunión con el objetivo de establecer una línea de trabajo conjunta que permitiera mejorar la atención del paciente que acude tanto a los centros de salud españoles, como a los servicios de Urgencias y Emergencias.

En esta publicación, cuando se definen como Sociedad (se definen ellas mismas), (no incluimos a SEMES, por estar dedicada a Urgencias) vemos que sus diferencias son mínimas:

Sobre SEMG

SEMG es la sociedad científica del Médico General y de Familia cuya misión es consolidar la representación de los médicos de Atención Primaria y potenciar su posición ante los organismos oficiales, la administración sanitaria y la ciudadanía. **Su objetivo es el mejor y más adecuado desarrollo científico, investigador y profesional de la Medicina de Familia y de los profesionales que la ejercen, todo ello puesto al servicio de la población para garantizar la salud y la calidad de vida de los pacientes.**

Sobre semFYC

La semFYC es la federación de las 17 Sociedades de Medicina de Familia y Comunitaria que existen en España y agrupa a más de 22.000 médicos de familia. **La especialidad de Medicina de Familia persigue la mejora de la atención a la salud de los usuarios de la Sanidad Pública del Sistema Nacional de Salud a través de una atención más cercana a las personas, su familia y su entorno comunitario.**

Sobre SEMERGEN

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) es la sociedad científica pionera de la Atención Primaria en España, con 50 años de experiencia. **Se fundó con el objetivo fundamental de promocionar la Medicina de Familia, mediante el mantenimiento y mejora de la competencia profesional de los médicos, fomentando la investigación y facilitando la formación continuada del médico, con el fin de mantener la calidad en el cuidado de la salud de los ciudadanos.**

Parece que todos pensamos en la salud de los ciudadanos...o ¿no? Somos **“distintos perros, con los mismos collares”** O **¿” los mismos perros con distintos collares”?**

Es cierto que en la actualidad hay obstáculos muy importantes para la integración y, a medio plazo, fusión de SEMERGEN, SEMG y semFYC. Hay una resistencia al cambio labrada durante décadas. Los modelos de organización son diferentes (una mayor centralización en SEMERGEN Y SEMG). Los liderazgos en las sociedades han determinado polarizaciones nocivas. La cultura profesional ha determinado diferencias importantes (nunca insalvables) en la forma de entender el sistema sanitario público; desde el modelo de Atención Primaria, las competencias profesionales del médico de familia o la relación con la Industria Farmacéutica como soporte económico de actividades formativas o de la propia financiación de las Sociedades. Finalmente ha habido intereses de agentes externos a las propias Sociedades Científicas que han propiciado desencuentros.

Las ventajas para el colectivo de Médicos de Familia de Atención Primaria serían, en cambio, extraordinarias. La creación de un colectivo fuerte y cohesionado reforzaría la identidad individual y de grupo. La capaci-

dad reivindicativa se multiplicaría. El impacto en las decisiones políticas, financieras y de relación con otros niveles asistenciales podría cambiar radicalmente el papel de la Atención Primaria en España.

A estas alturas conformémonos paciente y prudentemente en líneas de aproximación a nivel central, pero también autonómica.

Superando las diferencias históricas desde la humildad.

Comunicando de forma transparente y honesta a los socios Médicos de Familia las ventajas de la fusión y los inconvenientes de continuar en sociedades diferentes. Estableciendo grupos estables de negociación y consenso entre sociedades. Propiciando liderazgos inclusivos entre las distintas Sociedades. Integrando una cultura profesional que se enriquece de los diferentes perfiles y valores de la Medicina de Familia en España. Alcanzando pactos para acordar colaboración con preservación de la independencia con la Industria Farmacéutica y las Administraciones Públicas.

Y pensamos que va siendo hora de ponernos a trabajar juntos... Para salir del pozo hay que empezar por dejar de cavar...

Empezando por lo que nos une, que son los pacientes.

Y ahí van algunas propuestas más concretas:

- Crear una Confederación de sociedades de APS, con el objetivo de plantearse una convergencia a corto o medio plazo como planteaban Martín Zurro y Segura.
- Plantear una agenda común con elementos formativos y de acción
- Plantearnos conjuntamente discutir nuestra historia reciente y analizar nuestros encuentros y desencuentros, porque del conocimiento conjunto vendrá el progreso.

SIN BIBLIOGRAFÍA**Uganda, how are you? Reflexiones de un médico de familia en África*****Uganda, how are you? Reflections of a family doctor in Africa*****Carbajo Vázquez E***¹Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Amate. Sevilla, ²Residente de Médico de Medicina Familiar y Comunitaria,**Médico residente 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Albaicín. Granada*

Recibido el 10-03-2025; aceptado para publicación el 10-04-2025

Med fam Andal. 2025;2:121-124

Correspondencia: Emilio Carbajo Vázquez. mail: emilioc_183@hotmail.com

RESUMEN

Me di cuenta de que África no se parecía en nada a lo que había imaginado, cuando pisé por primera vez aquella tierra. Su humildad y su hospitalidad infinita me acogieron, aunque la realidad era mucho más cruda.

El pasado de la colonización ha dado paso a nuevas formas de esclavitud, donde la opresión se lleva a cabo mediante la imposición socio-cultural, la dependencia económica y el capitalismo más agresivo.

Trabajar como médico en África es frustrante, porque cuando deseas cambiar algo, incluso partiendo desde las bases del problema como es la prevención, te das cuentas que en las comunidades, cuando hay tanta desigualdad, la salud no es la prioridad...

Durante mi estancia en África intento reflexionar sobre las muchas causas del no desarrollo y sobre mi trabajo como cooperante. Soy consciente de que nuestra ayuda como sanitarios, a veces es más necesaria aquí que allí.

ABSTRACT

I realized that Africa was nothing like what I had imagined when I first set foot on that land. Its humility and boundless hospitality welcomed me, though the reality was much harsher.

The past of colonization has given way to new forms of slavery, where oppression is carried out through socio-cultural imposition, economic dependency, and the most aggressive capitalism.

Working as a doctor in Africa is frustrating because when you want to change something, even by addressing the root of the problem, such as prevention, you realize that in communities where inequality is so extreme, health is not the priority...

During my time in Africa, I reflect on the many causes of underdevelopment and on my work as a humanitarian worker. I am aware that sometimes our help as healthcare professionals is more needed here than there.

Imagen 1



INTRODUCCIÓN

“How are you” se escucha como un cántico por las callejuelas polvorientas de los pueblos de Uganda. Los niños te preguntan, pero luego no saben cómo responder y así es como tu andadura por Uganda se convierte en una cabalgata para todos los habitantes de un lugar, nada acostumbrado a ver “muzungus”. Trabajar como cooperante o realizar voluntariado en África puede ser una experiencia increíble o un completo sin sentido. Con este ensayo, solo quiero expresar mi más humilde opinión, tras una experiencia que para mí ha sido increíble, sin menospreciar el trabajo de todas las buenas organizaciones que trabajan en este maravilloso país.

LA EXPERIENCIA

Un día decidí hacer lo que hago creyendo que el mundo lo necesitaba... creyendo que mi razón de ser era ayudar al otro y aportar desde la empatía todo lo que sé, sin ese “esperar nada a cambio”. Cuando me bajé del avión y pisé por primera vez la tierra en la que proyectaba mi futuro con dieciocho años, todo cambió... África no era nada de lo que imaginaba, nada de lo que creía, nada parecido a lo que antes hubiese experimentado en cualquier lugar.

Cuando bajé de aquel avión, el calor me abrazaba, igual que me abrazaron las primeras palabras que compartí con la persona que, amablemente, me recogió del aeropuerto y que luego se convertiría en uno de mis mejores amigos allí. Cuando llegué, era de noche y la poca iluminación de las vías no me permitía ser consciente de lo que había fuera. Pero amaneció y salió el sol, “todo está inundado por el sol”, como decía Ryszard Kapuściński, y con la energía de la aventura inminente, salí a descubrir aquel nuevo mundo.

El calor seguía abrazando, igual que me abrazaron las sonrisas de todas las personas que me crucé los primeros días. Desde Entebbe hasta Kampala, desde Kampala hasta Kasenda, desde Kasenda hasta Kichwamba, ... varios días de viaje en solitario antes de comenzar a trabajar en el proyecto. Siempre me ha gustado viajar solo; creo que es la mejor manera de conocer un país, donde te enfrentas de lleno a una realidad con un solo cuerpo y una sola mente para tomar todas las decisiones que te llevarán hacia el camino correcto ... pero viajar solo por África era una verdadera aventura. Al principio me asustaba, sobre todo

por los pocos medios que se presentaban en internet, pero tuve la suerte de conocer a gente maravillosa durante mi ruta, lo que me llevó a mi primera reflexión: todo es más lento y también más complicado en África (sobre todo si vienes de Europa...), pero siempre se llega.

Se llega porque la gente siempre está dispuesta a ayudarte, a pesar de que seas un “muzungu”. Y aquí va otra de mis primeras conclusiones: por mucho que quieras, siempre serás un “muzungu”. Muzungu o mzungu es la palabra que refiere a los blancos en lengua suajili. No es una palabra despectiva ni mucho menos, pero te identifica con el imaginario africano según la utopía que se ha creado, debido a la colonización pasada y ahora el turismo, como aquella persona con mucho dinero que viene de un país donde todo es alegría y felicidad. Creo que para pocas personas en África cambia esa concepción a lo largo del tiempo, a pesar de compartir mucho tiempo con los blancos; porque se ha creado, y ahora mucho más con las redes sociales, una idea de lo que Europa o Estados Unidos es, que dista mucho de la realidad en algunos casos, sobre todo si vienes, como yo, de una comunidad tan increíble pero tan pobre como Andalucía.

A pesar de eso, las relaciones son reales y verdaderas, y en general, todo el mundo te abre las puertas de su casa y de su vida para que puedas conocer su realidad. Si eres capaz de acercarte un poquito a su cultura; solamente con pronunciar un “Oraire ota?” (¿Cómo estás?) en su lengua nativa, ya te los tienes ganados... Y ahí va otra de mis reflexiones en este viaje: la cultura en África vive oprimida. No se vive con tanto orgullo como la cultura ancestral de otros países como en Latinoamérica o Asia. A pesar de que todo en África es cultural, desde la manera de alimentarse hasta el rezo, los saberes ancestrales corren el riesgo de desaparecer por una mirada norte centrista del mundo y de la riqueza. Hay vergüenza en expresar ciertas tradiciones, a pesar de que en

la comunidad las viven con un orgullo admirable. Esto se debe, en gran parte, a las nuevas formas de colonización que los países donde vivimos han creado para seguir situándose por encima...

Y sobre esto, sobre las nuevas formas de colonización, hay mucho de qué hablar... África vive unas décadas de progresivo, aunque lento, crecimiento económico (obviamente a expensas de una oligarquía poderosa). Sin embargo, en la mayoría de los territorios y en la mayoría de las comunidades, el crecimiento y el desarrollo siguen estáticos... Y, ¿por qué? Por supuesto, hay que seguir echando la culpa a los gobiernos corruptos, financiados por los países del norte, pero... se han instaurado en sus territorios unas nuevas estructuras sociales que, en algunos casos, a pesar de su fachada, hacen más daño que beneficio: las ONGs.

Y aquí llegó una de mis reflexiones más dolorosas. Aquella labor soñada desde la adolescencia se veía ensuciada por un mundo donde el dinero es lo más importante y donde tu trabajo como “voluntario” a veces solo aporta dependiendo del dinero que pagas por estar allí, y ya está... Es triste reconocerse en esta situación y reconocer que ni siquiera siendo médico, tu ayuda es imprescindible, porque cuando falta el agua, la comida, el techo, la familia... la salud y la enfermedad se sitúan como una de las últimas prioridades en la supervivencia del ser humano: si estás sano, puedes seguir luchando en el río de la vida; si estás enfermo, mueres y se acabó...

No vamos a ensombrecer la labor de muchas personas y de muchas organizaciones con un espíritu de solidaridad y de ayuda inmensa, que trabajan de forma excelente y que, gracias a ellas, muchas personas han cambiado su vida. Pero señalo el pasado de las ONGs en África y el presente de muchas de ellas, que debido a su mala praxis han condenado a muchas comunidades al no desarrollo. Cuando a

alguien que no tiene nada le damos algo sin enseñarle cómo se obtiene, esa persona nunca aprenderá cómo conseguirlo. Desgraciadamente, cuando nos vayamos y aquella persona se quede allí, y el recurso se acabe, esa persona será más pobre de lo que era antes de que un muzungu llegase (y perdón por hablar de pobres y no pobres, porque no me gusta ese término).

Hay muchas causas en el no desarrollo, hay muchas razones por las que África es hoy lo que es y seguirá siendo, para que nosotros podamos seguir siendo... Y a mí esto me entristece muchísimo. Trabajar en África como voluntario ha cambiado muchas partes de mí, ha roto con muchos estigmas o prejuicios que tenía sobre mí mismo y sobre lo que África y los africanos son. Me refiero a la creencia de que en África mucha gente necesita ayuda, a que puedes sentirte cómodo como en otro país del Sur, a que puedes conectar con las personas como siempre lo he hecho... África, o Uganda en este caso, sin ser tan generalistas, es un abanico enorme de situaciones, de realidades, de dificultades y de oportunidades enormes, donde hay mucha gente que no necesita de ti; es más, le estorbas. Si quieres de verdad introducirte en su cultura y vivir como ellos, lo vas a tener chungo, amigo, porque la gente que se encuentra cómoda en África es

porque está pagando de 50 a 100 dólares la noche por estar en un resort para blancos. Conectar con las personas, siendo un muzungu, a veces es difícil...

Y con todo esto, no quiero desanimar a nadie a viajar o a trabajar como voluntario en ese maravilloso país donde la gente es feliz, donde la naturaleza brilla en cada rincón, donde los animales más increíbles viven en conexión con las personas y donde, a pesar de la cruda dificultad económica, la vida se hace día a día y se trabaja sin descanso por un futuro mejor. Lo que me gustaría resaltar es mi última reflexión: el trabajo está aquí, amigo futuro “voluntario”. El trabajo está en el día a día de tu comunidad, en tu profesión cuando te cruzas con alguien del otro lado del estrecho, en la ayuda al inmigrante sin papeles, en la política de nuestro país, en nuestro consumo, en nuestras palabras cuando hablamos sobre África... No nos necesitan allí, nos necesitan aquí.

No hay conflictos de intereses en la redacción de este manuscrito.

Palabras clave: África, Voluntariado, ONGs, Desarrollo, Ayuda humanitaria, Viajes, Inmigración.

Imagen 2



ARTÍCULO ESPECIAL

Del pasado al presente ...

From the past to the present...

Figueredo Sánchez E

Secretaría editorial Revista Med fam Andal- Fundación SAMFyC

Recibido el 25-07-2024; aceptado para publicación el 12-08-2025.

Med fam Andal. 2025;2:125-127

... y mirando al futuro.

Así ha sido y es el recorrido de la Revista Medicina de Familia Andalucía.

Ya han pasado 25 años, y sigue joven y llena de ilusión. En su desarrollo ha contado con la colaboración de más de 2000 autores entre todas sus secciones. 240 artículos originales, y más de 700 artículos en el resto de secciones.

Cabe destacar también el aporte, valiosísimo, de los revisores, esas personas anónimas que han prestado su tiempo y dedicación de manera altruista para valorar en par todo lo publicado (y no publicado).

Hay una sección, “el espacio del usuario”, que no ha faltado a su cita en cada número en todos estos años, gracias FACUA-Andalucía.

Y por supuesto, una no se puede olvidar de aquellos que con tanto esfuerzo e ilusión han dirigido la publicación:

Manuel, su creador, su impulsor, Manolo para muchos, mi maestro y amigo. Él fue sin lugar a dudas el motor de arranque de esta publicación. De su esfuerzo y empeño nació esta revista. Aunó a numerosos profesionales para que le siguieran y apoya-

ran. Constituyó el primer consejo editorial, que en sus inicios contó con representantes internacionales.

Fueron tiempos duros, en los que Manuel asumía todo el proceso editorial. Tendrían que pasar meses para que la revista contara con un apoyo de secretaría.

En los inicios, Ana, entonces empleada en SAMFyC, asumió parte del proceso editorial, siempre bajo la atenta mirada de Manolo.

A poco, tras casi 2 años de publicaciones, la revista ya precisaba de un apoyo permanente, y entonces llegó Encarni, la que escribe, para asumir el proceso editorial, igualmente, bajo la mirada de Manolo.



De izquierda a derecha: Sara Pérez Fajardo, diseño, maquetación y edición SAMFyC; y, Encarni Figueredo Sánchez, secretaria editorial Revista - Fundación SAMFyC. Imagen de 2024

La revista ha contado también con el apoyo de varias personas, casi siempre anónimas, los editores y maquetadores, cabe destacar el papel de Antonio J. Cruz, que maquetó la revista durante muchos años, y al llegar la versión digital, Sara Pérez continuó con su labor.

Manolo Gálvez fue director de la publicación hasta comienzos de 2011.

Antonio había sido subdirector de la revista, y en 2011, cuando Manolo anuncia su retirada, asumió la dirección de la misma.

Bajo su dirección se continuó la línea editorial y se modificó la imagen de la revista. En 2018 también se actualizó la web.

Antonio continuó su labor de dirección hasta noviembre de 2021.

Alejandro asume la dirección de la revista tras la marcha de Antonio, bajo su dirección se promueve un nuevo espacio web para la revista, que aunque esté ubicado en la web de la SAMFYC tiene espíritu propio.

Se completa la hemeroteca web añadiendo archivos digitales de todos los números publicados hasta la fecha.

Se instala un buscador por términos clave. Con la idea de adaptarse a los nuevos tiempos la versión digital de la revista toma fuerza. Aun así, se mantiene el formato de impresión hasta 2024, y desde entonces, se crea un espejo en pdf de lo que sería la revista impresa, pero no hay revista en papel.

Esta versión de la revista abre horizontes.



De izquierda a derecha: Luis Gálvez Alcaraz, Bárbara Starfield y Manuel Gálvez Ibáñez (director revista Med fam Andal. 2000-2011). Imagen de 2010



De izquierda a derecha: Antonio M. Manteca González (director Med fam Andal. 2011-2021) y Francisco Extremera Montero (Consejo de Redacción Med fam Andal. 2012-2021). Imagen de 2010



De izquierda a derecha: Jesús Pardo Álvarez, presidente SAMFYC y Alejandro Pérez Milena, director Med fam Andal



Portada volumen 0, número 0, marzo 2000



Portada Volumen 16, número 1, 2015



Portada Volumen 26, número 1, 2025

La Revista ha ido adaptándose y evolucionando, pero en ningún momento ha perdido su esencia, su espíritu.

Recientemente ha obtenido su clave DOI (DOI PREFIX: 18.82033).

Ha sido escenario y testigo del paso de numerosas presidencias que la han apoyado como pieza clave de la Medicina de Familia y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Nació con Juan Manuel Espinosa Almendro (Presidente SAMFyC -Jun 1998-Dic 2004-), al que sucedió Manuel Lubián López (Presidente SAMFyC -Dic 2004-Oct 2011-), tras él Paloma Porras Martín (Presidenta SAMFyC -Oct 2011-Sept 2017-), seguida por Alejandro Pérez Milena (Presidente SAMFyC - Sept 2017-Nov 2021-), al que siguió Pilar Terceño Raposo (Presidenta SAMFyC - Nov 2021-mayo 2023), y tras ella Jesús Par-

do Álvarez (Presidente SAMFyC - Mayo 2023-actualidad-). Todos los presidentes, así como las diferentes juntas directivas que los han acompañado han valorado la nobleza de la revista.

En estos 25 años, ha habido tiempos buenos, más buenos y no tan buenos; periodos de una alta proliferación de artículos, y otros no tanto, pero siempre se ha mirado al futuro.

Como se suele decir, “la juventud es nuestra” y el futuro está ahí ... por escribir, y por qué no en Med fam Andal.

- <https://www.samfyc.es/publicaciones/med-fam-andal-vol-21-numero-4-especial-20-aniversario/>
- 25 aniversario revista Med fam Andal (<https://www.youtube.com/watch?v=d0jLutyPMIE>)

CARTA AL DIRECTOR

**Entre el estetoscopio y el silencio:
el papel emocional de la médica de familia**
*Between the stethoscope and silence: the emotional role of the
family doctor*

Palenzuela Paniagua SM^a

Doctora en medicina. Especialista en MFyC. Atención Primaria. Centro de Salud de Otero. Ceuta

Recibido el 24-07-2025; aceptado para publicación el 28-07-2025.

Med fam Andal. 2025;2:128-129

Correspondencia: Sara M^a Palenzuela Paniagua. mail: sarapalen@hotmail.com

Sr. Director:

En una reciente conversación con compañeras médicas de familia y residentes, una de ellas expresó con cierta frustración, refiriéndose a nuestra práctica clínica diaria: “¡Pero es que yo no soy psicóloga!”. Esta frase, tan sencilla como reveladora, encierra una de las tensiones más frecuentes y complejas que vivimos los profesionales de la medicina de familia: la constante exposición al sufrimiento emocional de los pacientes y la necesidad de atenderlo.

Lo psicológico forma parte inseparable de lo que hacemos cada día. Porque, aunque nuestro título diga “especialista en Medicina de Familia y Comunitaria”, lo cierto es que escuchamos a quienes lloran, a quienes no pueden dormir, a quienes viven con miedo, con duelo, con ansiedad o soledad. Atendemos la parte orgánica y también historias, emociones, vínculos rotos, cansancios invisibles. Y eso no es una excepción: es parte esencial de nuestro trabajo. La medicina de familia no puede desligarse del sufrimiento psíquico, porque nace del encuentro con la persona en su totalidad. Por eso, es

inevitable —y necesario— que asumamos un papel central en su abordaje.

La medicina de familia es, por definición, integral. Nos ocupamos del cuerpo, sí, pero también del contexto en que ese cuerpo vive: la familia, el trabajo, las pérdidas, las relaciones. Las emociones no están separadas de la salud física, y eso lo vemos a diario. Un dolor abdominal recurrente que no mejora con tratamiento puede tener origen en la ansiedad; un insomnio rebelde es, muchas veces, el reflejo de un duelo no elaborado; una cefalea o un dolor en el pecho que lo que realmente necesitaba era ser escuchado...

No se trata de invadir competencias, ni de pretender ser lo que no somos. No somos psicólogos ni psiquiatras, y debemos ser conscientes de nuestras limitaciones. Pero también sería un error pensar que el malestar emocional queda fuera de nuestro campo. Nuestro conocimiento del paciente, de su historia de vida, de su contexto familiar y laboral nos da una ventaja clínica inigualable. Somos, muchas veces, el primer y único contacto que el paciente tiene

con el sistema de salud. En muchos casos, hablar con su médica de familia es lo más cercano que tendrá a una consulta psicológica. A menudo, somos la primera (y única) persona con la que el paciente habla de su tristeza, ansiedad o desesperanza. En nuestra consulta están en un lugar seguro donde su malestar importa, donde no están solos. Porque en el fondo, ser médica de familia es, muchas veces, ser ese puente invisible entre el cuerpo y el alma.

En este contexto, la empatía, la escucha activa y la capacidad de sostener el malestar son herramientas clínicas tan importantes como un estetoscopio. Saber cuándo contener y cuándo derivar. Distinguir entre un mal momento y un trastorno que necesita intervención especializada es un arte que no se enseña en la facultad, pero que se aprende con la práctica, la humildad y la sensibilidad.

Sin embargo, debemos reconocer cómo la sobrecarga asistencial afecta esta parte de nuestro rol. Las agendas colapsadas, las consultas de cinco minutos, y el exceso de demandas administrativas dificultan crear ese espacio humano y terapéutico que nuestros pacientes necesitan. En medio de esa presión, es fácil caer en la tentación de “medicalizar” el sufrimiento: ansiolíticos para la angustia, hipnóticos para

el insomnio, antidepresivos para la tristeza. Y aunque los fármacos tienen su lugar, muchas veces no son la respuesta más adecuada. Necesitamos más formación en salud mental dentro de la medicina de familia. Pero, sobre todo, necesitamos tiempo. Tiempo para escuchar, para acompañar, para preguntar “¿qué está pasando en tu vida?” en lugar de solo revisar la receta.

Yo no soy psicóloga”, decía aquella compañera, pero quizás debamos reformular la frase: “Yo soy médica de familia, y por eso también cuido de la salud emocional de mis pacientes”. El objetivo no es asumir competencias propias del psicólogo clínico, sino integrar en nuestra práctica la capacidad de escucha, validación emocional, identificación de signos de alarma y orientación terapéutica adecuada. No se trata de hacer psicoterapia, sino de humanizar la medicina. No se trata de sustituir a otros profesionales, sino de asumir con responsabilidad y empatía el lugar que nos corresponde en el sistema sanitario. La medicina de familia no puede ni debe renunciar a su dimensión emocional. Y para ello, necesitamos formación, recursos, tiempo y cuidado. Porque solo cuidando al cuidador, podremos seguir acompañando con dignidad el sufrimiento humano que entra cada día por la puerta de nuestra consulta.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés
Dizziness in an 80 years old patient with no history of interest

Pegalajar Moral B¹, Geerman Cruz LC¹, Becerra Almazán M²A²

¹MIR MFyC. Atención Primaria. Centro de salud El Valle. Jaén

²Especialista en MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén

Recibido el 20-03-2025; aceptado para publicación el 06-05-2025

Med fam Andal. 2025;2:130-131

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.CC1552>

Correspondencia: Belén Pegalajar Moral. mail: belenpegalajar@hotmail.es

Presentamos el caso de un varón de 80 años sin antecedentes personales de interés, avisa para que acudamos a domicilio para valoración por mareo y malestar generalizado, con náuseas sin llegar a presentar vómitos y dificultad para caminar correctamente desde hace unas horas por debilidad intensa en miembros inferiores de forma bilateral.

El paciente no refiere alergias medicamentosas ni antecedentes familiares de interés. No toma tratamiento crónico salvo algún analgésico de primer escalón cuando presenta alguna algia. A nuestra llegada a domicilio el paciente refiere haberse recuperado casi por completo, solo persiste cierta debilidad en miembros inferiores, pero mucho menor a cuando ha avisado a nuestro centro, puede mantener bipedestación y deambular por el domicilio. Comenta es el primer episodio que tiene con dichas características, pero sí que hace unos días que presenta más astenia de lo habitual. Niega haber presentado dolor torácico, palpitaciones, síncope o disnea.

En cuanto a la exploración física el paciente se encuentra con buen estado general, consciente y orientado en las tres esferas, sin focalidad neurológica, bien hidratado y perfundido con tensión arterial 100/60mmHg,

38 latidos por minuto y saturación de oxígeno al 96%. La auscultación cardiopulmonar es rítmica, sin soplos, muy bradicárdico con murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, signos Blumberg y Murphy negativos. No signos de trombosis venosa profunda ni edemas en miembros inferiores.

Dada la bradicardia se decide realizar electrocardiograma (figura 1) con una tira de ritmo (figura 2).

Figura 1. Trazado electrocardiográfico del paciente

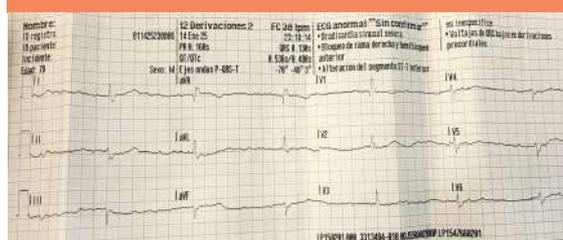


Figura 2. Tira de ritmo en derivación II



Preguntas

1. ¿Cuál sería su diagnóstico?

- a. Infarto agudo de miocardio.
- b. Bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado.
- c. Bloqueo AV completo.
- d. Bloqueo AV segundo grado Mobitz tipo II.
- e. Bradicardia sinusal.

2. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada en este caso?

- a. El tratamiento de elección es la implantación de un marcapasos.
- b. Administrar atropina para elevar la frecuencia cardíaca es el tratamiento definitivo.
- c. Se trata de una bradicardia sinusal donde no se precisa tratamiento.
- d. El tratamiento de elección es la flecainida.
- e. El tratamiento de elección es la aspirina.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria

Persistent pain with incidental ultrasound findings: an unexpected diagnosis in primary care

Geerman Cruz LC¹, Pegalajar Moral B², Becerra Almazán M^{1A3}

¹MIR de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

²MIR de 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

³Especialista en MFyC. CS El Valle. Jaén

Recibido el 05-07-2025; aceptado para publicación el 25-08-2025

Med fam Andal. 2025;2:132-134

DOI: <https://doi.org/10.82033/MedfamAndal.2025.CC1559>

Correspondencia: Lorena del Carmen Geerman Cruz. mail: lorenageerman@hotmail.com

Acude a consulta una mujer de 61 años de edad, con antecedentes personales de asma estacional. No toma ningún tratamiento de forma habitual. Es fumadora desde los 16 años, una media de 22,5 paquetes-año. Entre sus antecedentes familiares, destacan padre fallecido por perforación gástrica, tía paterna con cáncer de mama y cáncer colorrectal y hermana con cáncer de útero.

La paciente acude a consulta por una sensación de dolor abdominal y sensación de hinchazón postprandial, localizado en el epigastrio e irradiado a ambos hipocondrios, que empeora con la ingesta. Este malestar ha persistido durante un año. Aunque refiere heces de consistencia normal, refiere episodios intermitentes de diarrea con pirosis ocasional. Niega pérdida de peso. A pesar de seguir hábitos dietéticos saludables, no ha mejorado.

La exploración física es anodina. El abdomen es blando, depresible, sin palpase masas ni megalias. No hay dolor a la palpación y el signo de Murphy es negativo.

El hemograma y la bioquímica son normales (bilirrubina, GOT y GPT, GGT y FA, amilasa, tirotrina y perfil lipídico dentro de valores normales). Se realiza test de antígeno de *Helicobacter pylori* en heces, que resulta negativo. Se decide iniciar tratamiento con Omeprazol 20mg 1 comprimido diario y añadir levosulpirida 25mg 1 comprimido antes de cada comida principal si persiste molestia, tras lo cual experimenta una mejoría parcial de la clínica tras 2 meses. Dada la evolución tórpida del cuadro clínico, se realiza una ecografía en el centro de salud. En ella se observa:

- Hígado con parénquima ligeramente birrefringente, homogéneo y sin dilatación de los vasos hepáticos.
- Vesícula de morfología normal, con paredes lisas, no se visualizan litiasis en su interior.
- Riñón derecho normoposicionado, sin lesiones.
- Riñón izquierdo con imagen hipoeoica

redondeada de 5x4 cm en el polo superior de la corteza renal, no vascularizada.

Al venir la paciente con la vejiga deplecionada, se cita para una segunda ecografía vesical (*figura 1*), en la que se observa

“imagen hiperecogénica de unos 5mm aproximadamente en el polo posterior de la vejiga. Sin sombra posterior”. Como diagnóstico diferencial de esta imagen planteamos pólipo vesical vs litiasis vesical.

Figura 1. Imágenes ecográficas de la vejiga



1A. Corte longitudinal: se observa una imagen redondeada hiperecogénica de 5 mm de diámetro aproximadamente, localizada en la pared posterior de la vejiga, sin sombra acústica posterior.



1B. Corte transversal: misma lesión, visualizada en corte transversal, localizada en pared inferior izquierda, tampoco se visualiza sombra posterior. Este hallazgo puede ser sugestivo de pólipo vesical o litiasis vesical.

Preguntas

1. Presentado el caso clínico, ¿qué pruebas iniciales pediría para investigar los síntomas gastrointestinales?

- Solicitar un hemograma completo, bioquímica (función hepática, renal, pancreática y perfil tiroideo) y Ag Helicobacter pylori en heces.
- Solicitar una ecografía abdominal y análisis de sangre para evaluar función hepática.
- Derivar a Aparato Digestivo para una endoscopia digestiva alta para evaluar posibles úlceras o esofagitis.
- Iniciar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.
- Solicitar un TAC abdominal para evaluar

posibles neoplasias abdominales.

2. Dado que los síntomas no mejoran con cambios en la dieta y el tratamiento empírico, ¿qué haría a continuación?

- Repetir la analítica para buscar otras posibles causas de los síntomas.
- Solicitar un TAC abdominal para evaluar posibles neoplasias abdominales.
- Derivar a Aparato Digestivo para una endoscopia digestiva alta.
- Se inicia tratamiento antibiótico para HP a pesar de ser negativo.
- Hacer/pedir una ecografía abdominal.

3. La paciente no había ingerido suficiente agua para replecionar la vejiga y esta no se podía visualizar correctamente. No tenía clínica urinaria ni hematuria macroscópica previa, pero era fumadora. ¿Qué hacemos?

- a. Dar una nueva cita para hacerle otra ecografía vesical/urológica y realizar una derivación al servicio de Aparato Digestivo por persistencia de clínica abdominal.
- b. No le repetimos la ecografía, pues no tiene clínica urológica que haga sospechar patología vesical.
- c. Esperamos a que el omeprazol y el levogastrol le hagan efecto.
- d. Realizar una derivación al servicio de Urología por el quiste renal.
- e. Repetimos ecografía vesical.

4. Ante el hallazgo casual de una imagen ecográfica hipoeoica en el riñón izquierdo y una imagen hiperecogénica vesical no concluyente, sin clínica urinaria asociada, ¿cuál es el siguiente paso más adecuado en atención primaria?

- a. Lo dejamos pasar, probablemente sea una litiasis pequeña.
- b. Solicitamos una ecografía de riñón y vías urinarias al servicio de Radiodiagnóstico para

completar el estudio.

- c. Solicitamos un sistemático de orina.
- d. Derivamos a Urología por el quiste renal.
- e. Se solicita una ecografía de riñón y vías urinarias al servicio de Radiodiagnóstico y además solicitamos un sistemático de orina.

5. En una segunda ecografía reglada se obtiene una imagen con resultados similares. No se puede especificar si se trata de una litiasis o un pólipo. ¿Cuál es el siguiente paso?

- a. Como puede ser una litiasis pequeña, la paciente está asintomática y no hay repercusión analítica, se mantiene actitud conservadora.
- b. Se solicita TAC abdominal.
- c. Insistimos en el abandono del tabaco.
- d. Derivamos al servicio de Urología para ampliar estudio.
- e. Insistimos en el abandono del tabaco y derivamos al servicio de Urología para ampliar estudio.

PUBLICACIONES DE INTERÉS /

ALERTA BIBLIOGRÁFICA

(A partir del 1 de marzo del 2014)

Manteca González A

Médico de Familia

Los artículos publicados desde marzo de 2014, clasificados por MESES/REVISTAS, mensualmente aparecen en la web de SAMFyC (en la sección alerta bibliográfica). También en la cuenta de twitter de la Revista <http://twitter.com/@RevistaMFSamfyc>

La recopilación se extrae de la consulta a las revistas que aparecen en la sección correspondiente del número 0 de la revista.

Debajo de cada referencia, se presenta su PMID, identificador para localizar el artículo en PubMed.



@pontealdiaAP



Micropíldora de conocimiento @pontealdiaAP

Grupo de Trabajo de Tecnologías de la Información y la Comunicación de SAMFyC (eSAMFyC)

@pontealdiaAP consiste, básicamente, en ofrecer una actualización online permanente, rápida y eficaz en relación con la medicina de familia, en forma de mensaje corto, concreto.

Para ello, miembros de eSAMFyC revisamos diariamente lo que publican en twitter 47 organizaciones, grupos de trabajo y profesionales relevantes, consensuados periódicamente, en nuestro ámbito de conocimiento. A continuación se selecciona y concreta la información e incluye el vínculo para acceder de forma directa a la publicación completa. A destacar el código TEA: T Tiempo Lectura (0 Poco Mucho 2) E Evidencia (0 Poca 2 alta) A Aplicabilidad en consulta (0 Poca Inmediata 2).

Puedes ayudarnos a mejorar con tus sugerencias a través de esamfyc@gmail.com.



DE INTERÉS

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

SAMFYC

- **8as Jornadas Andaluzas para Residentes y Tutores de MFyC. SAMFYC**

Sancti Petri, Chicalana de la Frontera, Cádiz, 28 de noviembre de 2025

Secretaría SAMFYC

Telf. 958 80 42 01

<https://residentesy tutoressamfyc.com/>

- **9as Jornadas Andaluzas de Ecografía. SAMFYC**

Sancti Petri, Chicalana de la Frontera, Cádiz, 29 de noviembre de 2025

Secretaría SAMFYC

Telf. 958 80 42 01

<https://ecografiasamfyc.com/>

- **32º Congreso Andaluz de MFyC. SAMFYC**

Torremolinos (Málaga), 12 a 14 de marzo de 2026

Secretaría técnica: Andaluza Congresos Médicos

Apartado de correos 536/18080 Granada

Telf. 958 523 299

<https://congresossamfyc.com>

Formación SAMFYC

<https://www.samfyc.es/actividad-formativa/>

Agenda semFYC

<https://www.semfyc.es/actividad/actividades-semfyc/>

Secretaría técnica: congresos y ediciones semFYC

congresos@semfyc.es

Carrer del Pi, 11, pl. 2^a, Of. 13

08002 Barcelona

Tel. 93 317 71 29

Fax 93 318 69 02

Formación semFYC

<https://www.semfyc.es/formacion-semfyc/>

COMENTARIOS A “CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO”

Mareo en paciente de 80 años sin antecedentes de interés *Dizziness in an 80 year old patient with no history of interest*

Pegalajar Moral B¹, Geerman Cruz LC¹, Becerra Almazán M²A²

¹MIR MFyC. Atención Primaria. Centro de salud El Valle. Jaén

²Especialista en MFyC. Centro de salud El Valle. Jaén

Recibido el 20-03-2025; aceptado para publicación el 06-05-2025

Med fam Andal. 2025;2:139-142

Correspondencia: Belén Pegalajar Moral. mail: belenpegalajar@hotmail.es

Respuestas razonadas:

1. ¿Cuál sería su diagnóstico?

A. Infarto agudo de miocardio. **INCORRECTA.**

El paciente no presenta datos de una cardiopatía isquémica aguda ni clínica ni electrocardiográficamente. La cardiopatía isquémica es una de las patologías secundarias que se deben descartar en el contexto de una bradicardia, es importante por su gravedad, prevalencia y potencial reversibilidad. El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), se manifestaría clínicamente con un dolor torácico típico (dolor centrotorácico opresivo, irradiado a miembro superior izquierdo, con cortejo vegetativo asociado, más intenso al realizar esfuerzo) analíticamente con una elevación de troponinas seriadas llegando a un pico máximo.

Electrocardiográficamente, el IAM se define como una nueva elevación del segmento ST en el punto J en 2 derivaciones contiguas con un punto de corte mayor o igual a 1mm, a excepción de las derivaciones V1 y V3 (≥ 2 mm para varones de edad ≥ 40 años; $\geq 2,5$ mm para varones menores de 40 años y

$\geq 1,5$ mm para las mujeres independientemente de la edad). Además, una depresión aislada del segmento ST $\geq 0,5$ mV en las derivaciones V1-V3 pueden suponer imágenes especulares de elevaciones del ST en derivaciones posteriores (V7-V9) (1).

B. Bloqueo auriculoventricular (BAV) de primer grado. **INCORRECTA.**

El bloqueo AV de primer grado se define como una prolongación anormal del intervalo PR ($> 0,2$ s). Cada onda P va seguida de un complejo QRS, pero con un intervalo PR prolongado de forma constante (2). La prolongación del intervalo PR puede ser consecuencia de un retraso de la conducción en el interior de la aurícula, el nódulo AV (intervalo AH) o el sistema de His-Purkinje (intervalo HV), pero la mayoría de las veces se debe a un retraso de la conducción dentro del nódulo AV.

Los pacientes con un bloqueo AV de primer grado suelen estar asintomáticos. Sin embargo, si se produce una prolongación notable del intervalo PR ($> 0,3$ s), pueden presentar un síndrome de tipo marcapasos debido a una disincronía AV. Muchos de estos pacientes son especialmente sintomáticos durante el ejercicio, ya que el interva-

lo PR no sufre el acortamiento apropiado a medida que se reduce el intervalo R-R. En este caso no se aprecia prolongación del intervalo PR, ni cada onda P va seguida de un complejo QRS.

C. Bloqueo AV completo: **CORRECTO.**

El bloqueo AV de tercer grado o completo se caracteriza por el fallo de la conducción al ventrículo en cada onda P o cada impulso auricular, con lo que se produce una disociación AV completa, con unas frecuencias auriculares superiores a las ventriculares (2). Puede ser congénito o adquirido y estar localizado en el nódulo AV, el haz de His o las ramificaciones de las ramas derecha e izquierda del haz.

El ritmo de escape ventricular revela la localización anatómica del bloqueo: un bloqueo AV completo con un ritmo de escape de 40 a 60 lpm y un complejo QRS estrecho en el ECG de superficie se encuentra generalmente dentro de la unión AV y se observa a menudo en el bloqueo AV congénito. Un complejo QRS ancho o una frecuencia de 20 a 40 lpm implican un bloqueo en el sistema de His-Purkinje, como ocurre la mayoría de las veces en los bloqueos AV adquiridos.

El paciente presenta en el trazado electrocardiográfico este bloqueo puesto que podemos observar, sobre todo, en la tira de ritmo de derivación II, las ondas P son rítmicas entre ellas y los complejos QRS entre ellos, dando la sensación de ritmicidad. Además,

el paciente presenta 37 lpm, tratándose con bastante probabilidad de un bloqueo AV adquirido. En la *figura 1* se marca en amarillo el complejo QRS y en verde las ondas P, disociadas unas de otras.

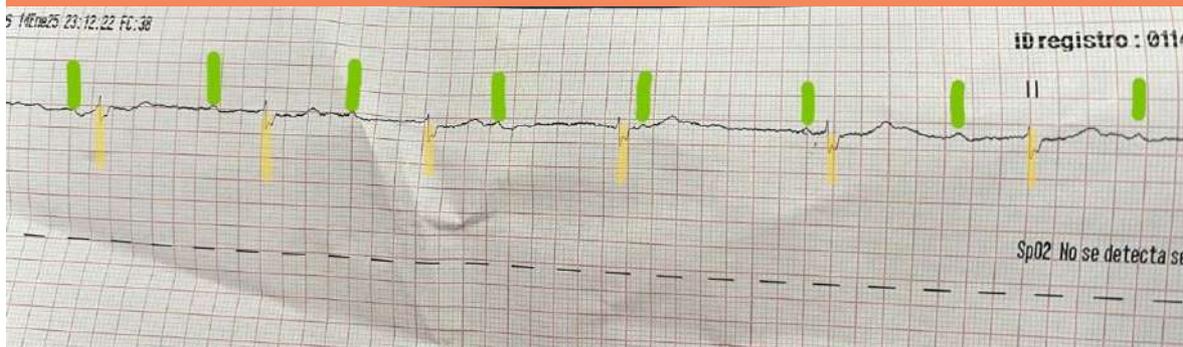
D. Bloqueo AV segundo grado Mobitz II. **INCORRECTA.**

El bloqueo AV segundo grado Mobitz II se produce cuando de forma súbita una onda P no conduce, siendo el intervalo PR anterior y posterior constante. Es frecuente que exista una cardiopatía subyacente o enfermedad degenerativa. Dicho bloqueo puede ser: fijo, cuando determinado número de complejos existe una onda P que se bloquea; variable, cuando la frecuencia del bloqueo de la onda P es irregular; y avanzado, cuando hay 2 o más ondas P no conducidas, originando una pausa importante con disminución de la frecuencia cardíaca. Esta es la de peor pronóstico y es muy frecuente que evolucionen. Los síntomas son síncope, mareos, etc. El tratamiento definitivo es el implante de un marcapasos. En el trazado electrocardiográfico (*figura 1*) no se aprecian dichos intervalos PR constantes y ondas P no conducidas, por lo que no es de este tipo.

E. Bradicardia sinusal. **INCORRECTO.**

La bradicardia sinusal se define por una frecuencia cardíaca < 60 lpm, cuando el nódulo sinusal actúa como marcapasos primario (2). En la mayoría de los casos, la bradicardia sinusal es más una reacción fisiológica

Figura 1. Tira de ritmo del enfermo con braadicardia



que un estado patológico. Es una observación frecuente, a menudo transitoria, y se debe predominantemente a un aumento del tono vagal. Se observa en deportistas entrenados y en adultos jóvenes sanos en reposo y por la noche (la frecuencia cardíaca puede reducirse a menos de 30 lpm durante la noche). El paciente no presentaba en el trazo electrocardiográfico ritmo sinusal, por lo que no se trataba de bradicardia sinusal.

2. ¿Cuál sería la actitud terapéutica más adecuada en este caso?

A. El tratamiento de elección es la implantación de un marcapasos. **CORRECTA.**

El tratamiento del bloqueo AV debe empezar con la búsqueda de posibles causas reversibles, como por ejemplo la enfermedad de Lyme o la isquemia miocárdica... Si es posible, se debe suspender los fármacos que causan retraso de la conducción dentro del nódulo AV, como digital o los antagonistas del calcio. Dado que el paciente no estaba tomando ningún tratamiento ni tenía ningún antecedente personal a destacar que poder tratar, el tratamiento definitivo fue la implantación de marcapasos, tal y como indican las guías (4).

B. Administrar atropina para elevar la frecuencia cardíaca es el tratamiento definitivo. **INCORRECTA.**

Es fundamental valorar si el paciente se encuentra estable hemodinámicamente o no. La atropina es un fármaco para aumentar la frecuencia cardíaca de manera aguda, en dosis de 0,5-1 mg IV repitiendo dosis cada 3-5 minutos hasta un máximo de 3mg. Su uso está indicado ante una bradicardia mal tolerada hemodinámicamente. En este caso, el paciente no tiene signos ni síntomas de gravedad o que indiquen inestabilidad hemodinámica, por lo que no es necesario su utilización. La atropina no es un tratamiento definitivo, se utiliza para aumentar la fre-

cuencia cardíaca de forma temporal ante la inestabilidad clínico-hemodinámica del paciente, mientras se realiza un tratamiento definitivo como el que hemos realizado en nuestro paciente.

C. Se trata de una bradicardia sinusal donde no se precisa tratamiento. **INCORRECTA.**

A la hora de realizar el manejo terapéutico es fundamental valorar la tolerancia y clínica del paciente ante la bradicardia, para saber si repercute en su calidad de vida y si imposibilita desarrollar su vida normal. Está indicado administrar tratamiento cuando una bradicardia comienza a causar síntomas en el paciente, en este caso un marcapasos definitivo debido al tipo de bloqueo AV que presenta.

D. El tratamiento de elección es la flecainida. **INCORRECTA.**

La flecainida es un antiarrítmico de la clase IC, eficaz y seguro en pacientes sin cardiopatía estructural (5). En este caso, el paciente presenta un bloqueo AV completo, por lo que no debe de usarse.

E. El tratamiento de elección es la aspirina. **INCORRECTA.**

Dado que nuestro paciente no presenta un SCACEST no está indicado dicho tratamiento, ya que no necesita un antiagregante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kristian Thygesen, Joseph S. Alpert, Allan S. Jaffe, Bernard R. Chaitman, Jeroen J. Bax, David A. Morrow, et al. Consenso ESC sobre la cuarta definición universal de infarto de miocardio. Rev Esp Cardiol. 2019;72(1):72.e1-e27.
2. Julia Vogler, Günter Breithardt y Lars Eckardt. Bradiarritmias y bloqueos de la conducción. Rev. Esp. Cardiol. 2012;65 (7): 656-667.
3. Hawks MK, Paul MLB, Malu OO. Si-

- nus Node Dysfunction. Am Fam Physician. 2021;104(2):179-185. PMID: 34383451.
4. Guía ESC 2021 sobre estimulación cardiaca y terapia de resincronización. Rev Esp Cardiol. 2022; 75 (5): 430.e1-430.e86.
 5. Tratamiento farmacológico de la fibrilación auricular. Antiarrítmicos y anticoagulantes orales. Rev Esp Cardiol Supl. 2016; 16(A): 33-39.

COMENTARIOS A “CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO”

Dolor persistente con hallazgos ecográficos incidentales: un diagnóstico inesperado en atención primaria

Persistent pain with incidental ultrasound findings: an unexpected diagnosis in primary care

Geerman Cruz LC¹, Pegalajar Moral B², Becerra Almazán M³A³

¹MIR de 2º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

²MIR de 4º año de MFyC. CS El Valle. Jaén

³Especialista en MFyC. CS el Valle. Jaén

Recibido el 05-07-2025; aceptado para publicación el 25-08-2025

Med fam Andal. 2025;2:143-147

Correspondencia: Lorena del Carmen Geerman Cruz. mail: lorenageerman@hotmail.com

Respuestas razonadas:

Ante la imagen encontrada en vejiga, se solicitó una nueva ecografía renal y de vías urinarias reglada al servicio de Radiodiagnóstico. En ella, se visualizan ambos riñones de morfología y tamaño normal, ecoestructura conservada, sin signos de hidronefrosis ni imágenes sugestivas de litiasis. Quiste simple en riñón izquierdo de 51,6mm. Vejiga distendida de morfología normal, paredes lisas, se aprecia en pared posterior una imagen ecogénica bien delimitada de 7mm. Como conclusión se hace un juicio clínico de pólipo vesical vs litiasis en meato uretero vesical izquierdo. El radiólogo aconseja estudio por el servicio de Urología.

En la primera consulta solicitan cistoscopia preferente en la que se observa una lesión papilar excrecente de entre 0,5-1 cm sospechosa a nivel retromeático izquierdo. Posteriormente se realiza RTU vesical, en la que se extirpa lesión papilar de 5mm en polo

inferior izquierdo, retromeático. Los resultados de anatomía patológica determinan un carcinoma urotelial papilar no invasivo de bajo grado estadio pTa, sin invasión de lámina propia, ni de la muscular propia.

Cinco meses más tarde la paciente se encuentra recuperada de la intervención, satisfecha por las buenas noticias y ha abandonado el tabaco después de 45 años.

1. Presentado el caso clínico, ¿qué pruebas iniciales pediría para investigar los síntomas gastrointestinales?

- A. Solicitar un hemograma completo, bioquímica (función hepática, renal, pancreática y perfil tiroideo) y Ag Helicobacter pylori en heces. **CORRECTA.**

Justificación:

Ante un cuadro de dispepsia persistente, especialmente en una paciente mayor de 55 años con clínica de dolor epigástrico y

pirosis, la primera aproximación diagnóstica debe incluir una analítica completa para descartar causas metabólicas, funcionales o infecciosas. El test de antígeno de *Helicobacter pylori* en heces es una herramienta no invasiva, sensible y específica para detectar infección activa, recomendada como primera línea de cribado en atención primaria (1).

Además, los perfiles hepático, renal, pancreático y tiroideo permiten descartar patologías subyacentes que pueden manifestarse con síntomas digestivos (como hipotiroidismo, disfunción hepática o insuficiencia pancreática). Según las guías de la AEG (Asociación Española de Gastroenterología), esta aproximación es adecuada en pacientes con dispepsia no complicada sin signos de alarma (2)

2. Dado que los síntomas no mejoran con cambios en la dieta y el tratamiento empírico, ¿qué harías a continuación?

E. Hacer/pedir una ecografía abdominal. **CORRECTA.**

Justificación:

Cuando el tratamiento empírico con inhibidores de bomba de protones (IBP) y procinéticos no logra una resolución completa de los síntomas, está indicado ampliar el estudio con técnicas de imagen. La ecografía abdominal es una herramienta inicial útil, accesible y no invasiva para descartar enfermedades hepatobiliares, pancreáticas y renales que pueden manifestarse como molestias abdominales inespecíficas (3).

Aunque no siempre aporta un diagnóstico definitivo en síntomas gastrointestinales, permite descartar patología orgánica, como quistes, masas, dilataciones de vía biliar o litiasis, como ocurrió en este caso.

3. La paciente no había ingerido suficiente agua para replecionar la vejiga y esta no se podía visualizar correctamente. No tenía clínica urinaria ni hematuria macroscópica previa, pero era fumadora. ¿Qué hacemos?

A. Dar una nueva cita para hacerle otra ecografía vesical/urológica y realizar una derivación al servicio de Aparato Digestivo por persistencia de clínica abdominal. **CORRECTA.**

Justificación:

El contexto clínico de esta paciente obliga a mantener una actitud diagnóstica activa. Aunque la **primera ecografía vesical fue limitada por una vejiga deplecionada**, repetir la ecografía con la vejiga replecionada es **imprescindible para búsqueda de hallazgos** y descartar lesiones intravesicales, ya que la sensibilidad de la ecografía depende en gran parte del llenado vesical adecuado (4).

Además, la paciente tiene **factores de riesgo relevantes**, como su **tabaquismo de 45 años**, lo que **eleva el riesgo de carcinoma urotelial** incluso en ausencia de síntomas urinarios. El cáncer vesical puede presentarse **de forma silente**, especialmente en estadios iniciales y en mujeres, donde suele diagnosticarse más tarde que en varones (5).

Por otro lado, la paciente continúa con una clínica abdominal de **más de un año de evolución**, con dolor postprandial y pirosis intermitente. A pesar de un tratamiento empírico con inhibidores de bomba de protones (IBPs) y procinéticos, la **mejoría ha sido solo parcial**. La Guía de Práctica Clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia, elaborada por la AEG, establece que en pacientes mayores de 55 años con síntomas dispépticos persistentes o de reciente aparición, se recomienda la realización de una endoscopia digestiva alta para descartar

patologías orgánicas, incluyendo neoplasias (6).

Esta recomendación se basa en la evidencia de que la prevalencia de enfermedades orgánicas, como el cáncer gástrico, aumenta con la edad, y la endoscopia es la herramienta diagnóstica más eficaz para su detección precoz.

Esta estrategia combina un **abordaje prudente y guiado por la clínica**, optimizando los recursos en atención primaria y aumentando las posibilidades de diagnóstico precoz.

4. Ante el hallazgo casual que muestra la ecografía, que en principio no tiene relación con la clínica digestiva de la paciente. ¿Qué hacemos?

E. Se solicita una ecografía de riñón y vías urinarias al servicio de Radiodiagnóstico y además solicitamos un sistemático de orina. **CORRECTA.**

Justificación:

Ante el hallazgo incidental de una imagen hipoeoica en el riñón izquierdo compatible con quiste simple y una **imagen hiperecogénica de pequeño tamaño en vejiga**, no concluyente y sin sombra posterior (lo que genera dudas entre litiasis vesical o pólipo), el paso siguiente más adecuado en atención primaria es solicitar una **ecografía reglada del aparato urinario** en el servicio de Radiodiagnóstico.

Este tipo de ecografía permite realizar una **valoración más detallada y con mejor preparación del paciente**, especialmente con la vejiga replecionada, y puede esclarecer si la imagen vesical es sólida, calcificada o vascularizada, lo cual **condiciona el tipo de derivación o seguimiento posterior** (4).

Aunque no haya clínica urinaria, puede

existir **hematuria microscópica** o alteraciones sugestivas de infección u otra patología subyacente. El sistemático de orina es una prueba sencilla, accesible y puede proporcionar información complementaria importante para decidir el siguiente paso (7).

La actitud conservadora (opción a) **no es prudente**, especialmente en una paciente fumadora, con un hallazgo vesical no caracterizado, dado que el tabaquismo es un factor de riesgo conocido para neoplasias uroteliales

La paciente **no presenta clínica urológica ni alteraciones analíticas**, por lo que ni la derivación directa a Urología (opción d), ni la solicitud aislada de un sistemático de orina aisladas (opción c), serían adecuadas como primer paso.

5. Ya tenemos una segunda ecografía reglada con resultados similares. Tampoco saben especificar si se trata de una litiasis o un pólipo. ¿Cuál es el siguiente paso?

E. Insistimos en el abandono del tabaco y derivamos al servicio de Urología para ampliar estudio. **CORRECTA.**

Justificación:

Dado que la segunda ecografía mantiene los hallazgos y la sospecha no se ha aclarado, es fundamental derivar a Urología para ampliar estudio mediante cistoscopia y posible resección transuretral. Este enfoque permite la detección precoz de neoplasias uroteliales, especialmente en pacientes de riesgo como los fumadores crónicos (8).

Al mismo tiempo, se debe reforzar la necesidad de cesar el hábito tabáquico, ya que el tabaco es el principal factor etiológico de cáncer de vejiga. La intervención en este punto puede mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de recurrencia (5).

Seguimiento urológico y cese de hábito tabáquico

En la primera consulta de Urología se realiza cistoscopia preferente, observándose una lesión papilar excrecente de 0,5–1 cm a nivel retromeático izquierdo, que posteriormente se extirpa mediante resección transuretral (RTU) vesical de 5 mm en el polo inferior izquierdo, retromeático, con éxito y sin complicaciones. Los resultados de anatomía patológica confirman carcinoma urotelial papilar no invasivo de bajo grado, estadio pTa, sin invasión de lámina propia ni de la muscular propia, por lo que no requiere tratamiento adyuvante. La paciente mantiene citas de seguimiento programadas cada 3–6 meses con el servicio de Urología.

Se refuerza de manera activa la importancia de cesar el hábito tabáquico, dado su papel como principal factor de riesgo de neoplasias uroteliales. La paciente se pone en contacto con su médico de Atención Primaria, quien realiza una entrevista motivacional estructurada, basada en explorar la disposición de la paciente para cambiar, reforzar su autoeficacia y proporcionar estrategias prácticas para dejar el tabaco. Gracias a esta intervención, la paciente logra abandonar el tabaco, destacando así el impacto efectivo de la Atención Primaria.

Cinco meses después, la paciente se encuentra recuperada y satisfecha, consolidando un doble logro: resolución exitosa de la lesión urológica y abandono prolongado del tabaco tras 45 años de consumo.

Lecciones para la práctica clínica

Este caso pone de manifiesto la necesidad de mantener un enfoque diagnóstico integral en atención primaria, sin descartar patologías menos evidentes, aunque la clínica inicial sea inespecífica. La perseverancia en la valoración, junto con la adecuada derivación y el uso de pruebas complementarias,

permitió detectar un carcinoma urotelial en fase temprana, lo que condicionó un pronóstico favorable. Subraya, además, que los hallazgos ecográficos incidentales no deben infravalorarse, en especial en pacientes con factores de riesgo como el tabaquismo, y que el cáncer vesical puede debutar sin síntomas urinarios claros, sobre todo en mujeres. Finalmente, este caso resalta el papel del seguimiento clínico continuado y de las intervenciones en estilos de vida, en particular el abandono del tabaco, como elementos fundamentales tanto para el diagnóstico precoz como para la prevención secundaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou J-M, Schulz C, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection—the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. 2022;71(9):1724-62.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia [internet]. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología (AEG); 2017. Disponible en: <https://www.aegastro.es/p/guias-practica-clinica/>
3. Fischbach W, Bornschein J, Hoffmann JC, Koltzko S, Link A, Malfertheiner P, et al. Update S2k-Guideline *Helicobacter pylori* and gastroduodenal ulcer disease of the German Society of Gastroenterology, Digestive and Metabolic Diseases (DGVS). *Z Gastroenterol*. 2024;62(2):261-321. doi:10.1055/a-2181-2225
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Manual de exploración ecográfica en atención primaria. 2ª ed. Madrid: semFYC; 2018.
5. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA*. 2011;306(7):737-45.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Dispepsia. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología (AEG); 2017 [citado 7 mayo 2025]. Disponible

en: <https://www.aegastro.es>

p1145.html

7. Grossfeld GD, Wolf JS Jr, Litwin MS, Hricak H, Shuler CL, Agerter DC, et al. Asymptomatic microscopic hematuria in adults: summary of the AUA best practice policy recommendations. *Am Fam Physician*. 2001 [citado 7 mayo 2025];63(6):1145-54. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2001/0315/>
8. Asociación Española de Urología. Guía clínica sobre el cáncer de vejiga TaT1 (sin invasión muscular). Madrid: AEU; 2010 [citado 7 mayo 2025]. Disponible en: https://www.aeu.es/userfiles/04-guia_clinica_cancer_vejiga_sin_invasion.pdf

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

Para una información detallada pueden consultar:

- 1.—Página Web de la revista: <https://www.samfyc.es/revista/>
- 2.—Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.
- 3.—Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas bio médicas.

Med fam Andal. 2000; 1: 104-110 (<https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/07/v0n0.pdf>).

Solicitud de colaboración

Apreciado/a amigo/a:

Con este son ya sesenta y ocho los números editados de Medicina de Familia. Andalucía.

Te rogamos nos hagas llegar, de la manera que te sea más cómoda, cualquier sugerencia que, a tu juicio, nos sirva para mejorar ésta tu publicación.

Si estás interesado en participar —en cualquier forma— (corrector, sección «Publicaciones de interés/Alerta bibliográfica», o cualquier otra), te rogamos nos lo hagas saber con indicación de tu correo electrónico a revista@samfyc.es.

Asimismo, quedamos a la espera de recibir tus «**Originales**», así como cualquier otro tipo de artículo para el resto de las secciones de la Revista.

EL CONSEJO DE REDACCIÓN

Revista Medicina de Familia. Andalucía
C/ Arriola, núm. 4 - Bajo D - 18001 (Granada)



INFORMACIÓN PARA LOS SOCIOS

SOCIO, te rogamos comuniqués cualquier cambio de domicilio u otros datos de contacto a la mayor brevedad. Puedes hacerlo a través de los siguientes canales:

- Por correo electrónico a sociocentinel@samfyc.es (asunto: actualización datos)
- A través de la web de SAMFyC: <https://www.samfyc.es/actualizacion-de-datos/>
- Por teléfono, llamando al 958 80 42 01

INFORMACIÓN PARA EL LECTOR

- Quieres hacerte socio SAMFyC, y por ende semFYC; puedes hacerlo a través de la web <https://www.samfyc.es/hazte-socio/> o llamando al 958 80 42 01.

9^{as}

JORNADAS ANDALUZAS DE ECOGRAFÍA SAMFYC

JORNADAS DE ECOGRAFÍA CLÍNICA 2025:
ELEVA TU DIAGNÓSTICO, POTENCIA TU PRÁCTICA.



SANCTI PETRI

CHICLANA DE LA FRONTERA - CÁDIZ



29 DE NOVIEMBRE 2025



HIPOTELS BARROSA PARK



JORNADAS ANDALUZAS de RESIDENTES y TUTORES MFyC

SANCTI PETRI

Chiclana de la Frontera, Cádiz



Inscríbete en las jornadas
residentesy tutoressamfyc.com
¡Te esperamos!



28 NOVIEMBRE 2025



HIPOTELS BARROSA PARK



| residentesy tutoressamfyc.com / samfyc@samfyc.es |

#SAMFYC2025

31^º Congreso Andaluz de Medicina Familiar y Comunitaria SAMFyC

22 al 24 de mayo
Hotel Barceló Punta Umbría Beach
¡Reserva la fecha!



Punta Umbría
HUELVA 2025

acm
andaluza de
congresos médicos

SAMFyC
Sociedad Andaluza
de Medicina Familiar
y Comunitaria



| congresosamfyc.com/info@congresosamfyc.com |

#SAMFyC2025